MÉDECINES D'ASIE - Savoirs & Pratiques

Collection dirigée par Guy Mazars

Auriculothérapie

Acupuncture auriculaire

Yves ROUXEVILLE,
Yunsan MEAS et Jean BOSSY







Springer

Auriculothérapie

Springer

Paris
Berlin
Heidelberg
New York
Hong Kong
Londres
Milan
Tokyo

Yves Rouxeville
Yunsan Meas
Jean Bossy

Auriculothérapie

Acupuncture auriculaire

Springer

Yves Rouxeville
Lorient, France

Yunsan Meas
Centre d'évaluation et de traitement de la douleur
CHU Nantes, France

Jean Bossy
1160 Bruxelles-Anderghem
Belgique

ISBN-13 : 978-2-287-46613-7 Springer Paris Berlin Heidelberg New York

Springer-Verlag France est membre du groupe Springer Science + Business Media

SPIN : 11895435

Maquette de couverture : Jean-François Montmarché



« MÉDECINES D'ASIE - SAVOIRS & PRATIQUES »

Collection dirigée par Guy Mazars

Les médecines asiatiques, comme la médecine chinoise ou les médecines traditionnelles de l'Inde bénéficient d'une reconnaissance et d'un statut officiels dans leurs pays d'origine et suscitent un intérêt croissant dans les pays occidentaux. Elles y sont étudiées depuis longtemps et de plus en plus enseignées et pratiquées là où les législations le permettent.

La collection « Médecines d'Asie – Savoirs & Pratiques » accueille :

– des ouvrages didactiques, sous forme d'abrégés, destinés aux médecins et aux sages-femmes préparant le Diplôme interuniversitaire d'acupuncture, aux enseignants, aux kinésithérapeutes pratiquant les massages chinois, aux praticiens participant à des formations continues, ainsi qu'aux enseignants et aux étudiants intéressés par les médecines asiatiques ;
– des ouvrages de synthèse s'adressant principalement aux enseignants de médecine chinoise, aux chercheurs et aux acupuncteurs, mais aussi, en fonction du sujet traité, à des hospitalo-universitaires, des biologistes, des pharmacologues, des médecins généralistes et spécialistes, des kinésithérapeutes formés aux massages indiens et chinois, des phytothérapeutes. Chacun des volumes de cette série sera consacré à une pathologie, ou à un sujet particulier, défini soit sous l'angle occidental (gynécologie, obstétrique, maladies cardio-vasculaires, etc.), soit sous l'angle des pratiques traditionnelles (Maladies du « vent », Maladies du « Froid »…), soit sous l'angle technique (Phytothérapie, Moxibustion, Auriculothérapie, Massages, etc.) ;
– des ouvrages de références conçus pour les praticiens mais recommandés aussi à tous ceux qui étudient, enseignent et pratiquent des thérapeutiques asiatiques : dictionnaires, atlas, ouvrages de pharmacopée, livres de recettes, traductions de traités médicaux sanskrits, chinois, persans, arabes…

Guy Mazars est historien et anthropologue de la Santé. Ancien Secrétaire général du Centre européen d'Histoire de la médecine (1978-1998) et chercheur à l'Université Louis Pasteur de Strasbourg, il a enseigné à l'École pratique des hautes études, à Paris (Sorbonne, de 1983 à 1998) et dans plusieurs établissements universitaires en France et à l'étranger. Membre correspondant de l'Académie des Sciences de Lyon et Président de la Société européenne d'ethnopharmacologie <http://ethnopharma.free.fr>, il est surtout connu pour ses travaux sur les Médecines et les Pharmacopées traditionnelles de l'Asie. Il a publié notamment *Les médecines de l'Asie* (en collaboration avec P. Huard et J. Bossy, Paris, Seuil, 1978, traduit en espagnol, italien et japonais), *La médecine indienne* (Paris, PUF, 1995, traduit en anglais et en roumain) et de nombreux articles. C'est en 1984 qu'il a fondé la Société des études Ayurvédiques <http://ayurveda.france.free.fr>, dont il est le Président. Il a aussi développé l'enseignement et la recherche en Ethnomédecine à l'Université Marc Bloch de Strasbourg <http://ethnomedecine.free.fr>.

Dans la même collection :
Déjà parus :
– *Une introduction à la médecine traditionnelle chinoise. Le corps théorique*
Marc Sapriel et Patrick Stoltz, *septembre 2006*
– *L'esprit de l'aiguille. L'apport du Yi Jing à la pratique de l'acupuncture*
Michel Vinogradoff, *septembre 2006*
– *Nez, Gorge, Oreille en médecine traditionnelle chinoise*
Bernard Cygler, *septembre 2006*

Autres ouvrages sur les médecines asiatiques aux Éditions Springer :
Yang Xinrong *(Ed.) Traditional Chinese Medicine. A Manual from A-Z. Symptoms, Therapy and Herbal Remedies,* Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 2003, II- 660 p.
Khare CP (Ed.) *Indian Herbal Remedies. Rational Western Therapy, Ayurvedic and Other Traditional Usage, Botany.* With 255 Figures. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 2004, X-524 p.

Préface

Présenter un précis concernant l'Auriculothérapie impose au minimum de définir ce que l'on entend par Auriculothérapie, d'autant que « *l'acupuncture auriculaire reste mal connue du grand public et des médecins* » (Y. Rouxeville).

Si l'on s'en tient à la définition restreinte du terme auriculothérapie, un consensus apparaît quel que soit le dictionnaire consulté : il s'agit d'une méthode thérapeutique *(Robert)*, d'un traitement *(Larousse)* dérivé de l'acupuncture dont le but est de traiter des affections par des piqûres *(Larousse)*, en stimulant des points déterminés (Robert) du pavillon de l'oreille.

Tout cela est vrai et cependant insuffisant, car l'acupuncture auriculaire, tout comme sa grande sœur l'acupuncture somatique, ne constitue pas seulement une thérapeutique, mais désigne un ensemble d'étapes aboutissant à un traitement par stimulation de points dont les sièges sont déterminés à la suite d'un examen attentif du pavillon de l'oreille (observation, palpation…) qui orientera le diagnostic. C'est de ces observations que découleront les points à stimuler, sachant que la médecine ne soigne pas uniquement la maladie, mais également les divers retentissements de cette dernière sur l'individu.

La genèse de l'acupuncture remonte à l'origine des temps – la préhistoire de la vallée du fleuve jaune – « *Les plus anciens textes découverts dans des tombes datent de la fin du* IIIe *siècle et du milieu du* IIe *siècle avant Jésus Christ… Ils témoignent d'une réflexion théorique même s'ils sont encore liés à la magie.* » (E. Rochat de la Vallée).

L'utilisation d'aiguilles ou de poinçons remonte au moins à la période des royaumes combattants (453-222 avant Jésus Christ) car des aiguilles de métal ont été découvertes dans une tombe de cette période (E. Rochat de la Vallée).

L'acupuncteur, en plaçant ses aiguilles, tente de restaurer l'ordre des mouvements perturbés : « *Le traitement remet le poisson dans l'eau pour qu'il puisse à nouveau y nager de lui-même, en suivant sa nature et ses capacités.* » (Claude Larre).

Le concept de l'acupuncture remonte donc aux Hans et le Huang Di Nei Jing constitue encore de nos jours une référence pour les acupuncteurs même si la doctrine a été aux XXe et XXIe siècle revue à la lumière des découvertes de la neurophysiologie et particulièrement des réflexothérapies. En Europe, l'acupuncture sera introduite au XVIIe siècle par les jésuites de la mission scientifique de Pékin et, plus tard, vers 1900 par Soulié de Morant, consul de France, sinologue et littérateur.

Les Chinois sont d'admirables observateurs et pourtant ils se sont peu intéressés au pavillon de l'oreille. Certes ils connaissaient, tout comme les populations du pourtour méditerranéen, l'intérêt d'une cautérisation du point de l'anthélix dans la névralgie sciatique ou de l'anneau au point de l'œil dans le lobule de l'oreille pour

améliorer la vision, mais aucune systématisation ne fut décrite jusqu'au milieu du XX[e] siècle.

Le docteur Paul Nogier, grâce à ses qualités d'analyse et ses connaissances en acupuncture, a su relier observations et résultats. Son esprit de synthèse lui permit d'élaborer un nouveau concept (1956) qui sera à l'origine d'une grande école dont le point de départ fut sa ville de Lyon. Ses conceptions s'étendirent en Allemagne, à l'Europe puis bientôt au monde. Il faut remarquer que les Chinois firent un accueil enthousiaste à cette nouvelle acupuncture et l'organisation mondiale de la santé (OMS) reconnaîtra (en 1987) l'Auriculothérapie aux côtés de l'acupuncture somatique.

Paul Nogier, comme à l'habitude, ne fut pas reconnu immédiatement dans son pays et il fallut attendre l'année 1970 pour que la France découvre l'Auriculothérapie. Il est vrai que l'acupuncture continue à susciter des passions entre ses partisans et ses détracteurs, même si elle a fait la preuve scientifique de son efficacité dans un certain nombre de symptômes.

Le professeur Jean Bossy fut l'artisan de la reconnaissance de l'acupuncture et de ses microsystèmes par les autorités de tutelle : le Conseil national de l'Ordre des médecins et certaines Facultés de médecine qui acceptèrent de valider un cursus de formation de qualité. Cet enseignement facultaire a développé une conscience de la nécessité de faire la preuve scientifique de ce que l'on annonce. C'est grâce à cette prise de conscience que l'acupuncture a pu prouver son efficacité auprès de la Haute Autorité de santé dans certaines affections rachidiennes et articulaires, dans les nausées et vomissements, mais également en obstétrique… Des preuves restent encore à trouver dans d'autres pathologies, mais la démarche est amorcée.

Le docteur Paul Nogier a très tôt compris l'importance d'un enseignement bien contrôlé pour éviter toute dérive, tout diagnostic erroné à l'origine de traitements inadaptés, voire nuisibles aux patients. Avec sagesse, il a su réserver cet enseignement aux médecins (Groupe lyonnais d'études médicales (GLEM)).

Auriculothérapie Sans Frontières agit de même en réservant l'enseignement aux professions médicales.

Avec le temps, l'Auriculothérapie a trouvé sa juste place à l'université, ce qui garantit l'orthodoxie de l'enseignement et favorise la recherche.

Les auteurs de ce livre sont tous trois incontestés dans le domaine de l'acupuncture. J'ai eu l'immense honneur de travailler avec eux, de suivre leurs travaux et leurs différentes contributions scientifiques, je ne peux que saluer ici ce nouveau livre.

Le professeur Jean Bossy, outre sa position incontestée dans le domaine de l'acupuncture, est à l'origine, comme je l'ai dit plus haut, d'une clarification de la matière acupuncturale à laquelle il a su rendre ses titres de noblesse. Il a permis, par son introduction à la Faculté de médecine (ce qui ne fut pas la moindre de ses réussites), d'assurer la qualité de cet enseignement. Il est également à l'origine de nombreux travaux permettant de mieux comprendre le fonctionnement de l'acupuncture et de ses microsystèmes. Professeur d'anatomie et chef de service d'explorations fonctionnelles du système nerveux, il sait, par ses compétences, créer autour de lui une dynamique de recherche qui se poursuit aujourd'hui. Grand pédagogue, j'ai eu le privilège de le compter parmi les conférenciers du diplôme inter-universitaire (DIU) toujours

fidèle malgré la longueur des transports. Il était très apprécié des étudiants et des intervenants qui assistaient souvent à ses cours, d'une grande clarté malgré la matière enseignée. Qu'il trouve ici les marques de ma reconnaissance pour ce qu'il m'a apporté.

Le docteur Yves Rouxeville est aujourd'hui reconnu comme un maître dans le domaine de l'Auriculothérapie. Élève direct de Paul Nogier, il est d'une loyauté indéfectible envers son maître. Il s'est beaucoup investi dans l'enseignement de l'auriculothérapie à travers le monde et ses qualités pédagogiques et professionnelles sont reconnues par ses pairs. Il m'a fait l'honneur de créer un module d'Auriculothérapie au sein du DIU d'acupuncture de Nantes, module très apprécié par les étudiants de l'inter région, mais également de l'étranger. Ce travail a reposé sur ses épaules. Il a joué avec sa rigueur habituelle le rôle de coordonnateur des différents chapitres de ce livre. Son investissement contribue de façon claire au rayonnement du DIU d'acupuncture de Nantes. Qu'il trouve ici toute ma gratitude pour son dévouement.

Le docteur Yunsan Meas, praticien hospitalier au Centre d'évaluation et traitement de la douleur de Nantes, n'est pas un collègue ordinaire : il est devenu mon ami. J'ai eu de la chance de le rencontrer par l'acupuncture et j'ai appris à le connaître. Toujours discret, il excelle dans tout ce qu'il entreprend. Il a donc su apporter à la prise en charge de la douleur ses compétences d'acupuncteur et d'expert en manipulations. Formé à la psychologie, il a développé la recherche dans ce domaine au niveau du Centre de la douleur. C'est un excellent enseignant, très apprécié par les étudiants tant au lit du malade que dans les différentes formations qu'il anime. Chaque jour, je me loue de notre coopération et de notre entente.

Je constate régulièrement l'intérêt de l'acupuncture et de l'Auriculothérapie dans la prise en charge des patients douloureux chroniques, soit de façon isolée, soit plus souvent en association avec d'autres pratiques qui tiennent compte des divers retentissements de cette douleur dans la vie du sujet. Puisse ce travail, dont la qualité est incontestable, servir à une meilleure connaissance et donc utilisation de l'Auriculothérapie. Le lecteur trouvera ici le meilleur à connaître, reste à le mettre en pratique!

Youenn Lajat,
Professeur honoraire à la Faculté de médecine de Nantes
Ancien président du Conseil de coordination du DIU d'acupuncture

Sommaire

Introduction

Y. Rouxeville

Comment s'est développée l'auriculothérapie?

Paul Nogier a réalisé l'auriculothérapie par étapes successives : la découverte du fait en 1951, la compilation de faits anecdotiques, l'idée géniale directrice pour expliquer les faits, la confrontation des faits de façon empirique puis expérimentale. Nogier était passionné par la recherche, avec un manque de barrières ou de limites.

Les risques étaient grands pour cette technique médicale innovante et alternative. Il fallait contourner trois obstacles : la tentation d'un réductionnisme de type scientiste, la tentation de l'intégrisme de la pensée et de la doctrine, la tentation de l'ésotérisme. Paul Nogier était éclectique, ayant opté pour une formation scientifique (l'École centrale) avant ses études médicales. Il avait aussi une grande connaissance de l'acupuncture.

L'analyse à distance permet de comprendre notre chance : il menait ses recherches avec une pensée irrationnelle, intuitive, de type « cerveau droit ». Cette façon offre plus de perspectives que les recherches menées avec une pensée de type « cerveau gauche ».

En effet, la pensée de type « cerveau droit » est plus riche et plus ouverte, mais moins ordonnée et à la limite fantaisiste. Alors que la pensée de type « cerveau gauche » est plus directive, mais paralyse et limite le domaine de la recherche.

Il en est autrement quand il s'agit de soigner : la rigueur doit dominer la fantaisie !

La genèse de cet ouvrage

L'idée de la collection « *Médecines d'Asie, Savoirs et Pratiques* » est née de rencontres entre Christian Rempp (président du Collège français d'acupuncture [CFA]) et Guy Mazars. Le désir de Christian Rempp était de réaliser la publication de livres indépendants et de qualité.

Dans son premier contact, M. Mazars nous a précisé les trois directions de sa collection : être didactique, réaliser une synthèse technique, devenir une référence. À titre personnel, je tiens à remercier le Pr Jean Bossy, M. Guy Mazars et le Dr Christian Rempp de m'avoir coopté en 2004.

Je remercie également les éditions Springer-Verlag France de leur ouverture d'esprit. En effet, dans le monde entier, on sait que l'auriculothérapie n'est pas d'origine asiatique, puisqu'elle a été créée en France ! De plus, les concepts utilisés pour expliquer l'auriculothérapie (microsystème de l'acupuncture) ne sont pas les lois avancées pour comprendre l'acupuncture chinoise.

On m'avait proposé de rédiger seul cet ouvrage ; j'ai proposé d'associer une dizaine d'auteurs. L'accord final s'est porté sur une équipe resserrée, homogène et amicale.

Mes remerciements à Yunnat Meas, frère de Yunsan, pour sa collecte d'informations sur la Chine, ce qui permet de présenter un texte documenté, original et authentique.

Je remercie également le Pr Pierre Rabischong qui a autorisé la reproduction d'une photographie des recherches menées à l'unité 103 de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) (fig. 2 du chapitre sur les données scientifiques p. 66).

Qui sont les auteurs ?

Tous les trois ont été les élèves directs du Dr Paul Nogier. Tous les trois sont des auriculothérapeutes expérimentés. Tous les trois sont membres du Collège français d'acupuncture. Leurs textes ont ainsi une légitimité et un poids indéniables.

Le Pr Jean Bossy

Professeur honoraire à la Faculté de médecine de Nîmes,

Ancien chef de service d'explorations fonctionnelles du système nerveux et d'acupuncture au CHU de Nîmes,

Ancien président du Conseil de coordination du diplôme inter-universitaire d'acupuncture,

Prix 1999 de l'école internationale Paul Nogier.

Le Dr Yunsan Meas

Praticien hospitalier au Centre d'évaluation et de traitement de la douleur au CHU de Nantes,

Chercheur (laboratoire de psychologie « éducation cognition, développement » (EA 3259 Université de Nantes),

Capacité d'évaluation et de traitement de la douleur,

CES de biologie et médecine du sport,

DIU de médecine manuelle-ostéopathie,

Directeur de la Commission acupuncture auriculaire de la FAFORMEC.

Le Dr Yves Rouxeville

CES de biologie et médecine du sport,
DU de pathologie de l'appareil locomoteur appliquée au sport,
Ancien directeur de la Commission d'acupuncture auriculaire de la FAFORMEC,
Président-Fondateur d'Auriculo. Sans Frontières,
Prix 2002 de l'école internationale Paul Nogier,
Responsable d'enseignement au module optionnel d'auriculothérapie (DIU d'Acupuncture de Nantes).

Le Pr Youenn Lajat est le préfacier

Professeur honoraire à la Faculté de médecine de Nantes,
Ancien président du Conseil de coordination du DIU d'acupuncture,
Ancien chef du service de neurochirurgie et du Centre d'évaluation et de traitement de la douleur au CHU de Nantes.

Les uns et les autres ont accepté l'humble tâche de la relecture des différents textes. Qu'ils en soient chaleureusement remerciés. Mes remerciements vont particulièrement au Pr Youenn Lajat, qui écrit dans sa préface auriculothérapie avec un A majuscule !

Mes liens avec le Pr Jean Bossy

En 1990, à la réunion de l'OMS, il a tenté de concilier les Français et les Chinois. Il s'est également opposé aux cartographies représentant le système nerveux central. Nous tentons ici de faire comprendre sa position.

En 1991, à Alba-la-Romaine, il nous a précisé l'importance des mots et surtout l'importance de ne pas employer « projection » à la place de « représentation » comme René Bourdiol l'avait fait dans son livre *Éléments d'auriculothérapie.*

En 1998, le collège d'auriculothérapie de la FAFORMEC était créé ; nous ne savions pas très bien comment nous organiser. Nous n'étions que trois (Chantal Vulliez, Michel Marignan et moi) à rendre visite au Pr Llorca, Président du Conseil de coordination du DIU d'acupuncture. Il nous reçut pendant deux heures, en compagnie du Pr Bossy, son prédécesseur.

Dans les couloirs, le Pr Bossy a insisté pour relire mes éventuels manuscrits du livre qui m'avait été demandé[1].

Sa rigueur paternelle, exprimée par le crayon rouge du correcteur, m'a été profitable. Elle me conduit à lui vouer une reconnaissance à la fois amicale et respectueuse.

1- Rouxeville Y (2000) Acupuncture auriculaire personnalisée. Sauramps médical, Montpellier

Les particularités de l'ouvrage

Ce livre diffère des livres d'auriculothérapie existants. Il se réfère avant tout à des textes fondamentaux, en tenant compte des plus récentes publications. Il apporte le strict nécessaire au plan de la théorie, et délivre de nombreux conseils pratiques sans être un catalogue de recettes. Il établit un pont avec l'auriculothérapie pratiquée en France et l'auriculopuncture pratiquée en Chine.

Son contenu est en adéquation avec l'enseignement dispensé au module optionnel d'auriculothérapie du DIU d'acupuncture à Nantes. La matière enseignée en cette formation initiale facultaire est très proche de l'enseignement associatif actuel. On y développe les diverses possibilités de diagnostic et de soins, en restant très pratique. C'est un enseignement d'auriculothérapie fondé sur les neurosciences et non un cours de neurosciences appliquées à l'auriculothérapie.

Notre souhait est que ce livre soit utile, qu'il puisse apporter à la connaissance et à la compréhension de cette merveilleuse méthode qu'est l'auriculothérapie. Les lecteurs visés sont essentiellement les membres du corps médical et les personnels paramédicaux, afin qu'ils puissent satisfaire leurs légitimes souhaits de comprendre et de connaître. Comme la connaissance scientifique, les livres ne sont pas limités à une corporation : dès leur parution, ils entrent dans le domaine public. Nous espérons que cet ouvrage puisse être consulté avec bénéfice par tous, malades ou bien portants, érudits ou simples curieux.

Les cartographies représentées sont classiques ; elles sont sans doute la représentation des informations transmises par le faisceau spino-thalamique. D'autres cartographies (dites des phases) sont évoquées. Un cheminement complexe relie les terminaisons nerveuses de la peau et l'auricule. L'oreille devient ainsi, comme la peau, un miroir des organes, selon l'expression du Pr Rabischong.

Nous avons limité notre propos à la médecine humaine. L'auriculothérapie est connue et pratiquée en art vétérinaire. Des cartographies ont été établies chez le cheval et le chien. Et l'on peut même analyser les variations du pouls chez l'animal, comme le pratiquait le regretté Mac Kibbin, spécialisé dans les chevaux : il obtenait des résultats surprenants chez les chevaux de course. Pour détecter les points, ce vétérinaire canadien palpait une artère à l'arrière de l'oreille du cheval !

Au plan pédagogique

On s'efforce de guider le lecteur, de le mener où il faut comme on le fait lors des formations. N'étant pas des camelots, nous n'avons pas besoin d'effets de manche pour emporter la conviction. Nous évitons également à la fois l'anathème et l'encens, en faisons un emploi limité du « toujours » et du « jamais ».

Quelques souvenirs liés à l'auriculothérapie

Approchant du terme de mon exercice professionnel, et prenant bien la mesure du temps qui passe, je ne puis résister à vous faire partager quelques images du film que j'ai vécu.

En 1969, la découverte de l'acupuncture dans les consultations de traumatologie sportive, à l'Institut national des sports. En 1972, mon premier essai de traitement auriculaire à l'aide du Stigmascope®, avec un résultat remarquable pour une névralgie sciatique aiguë chez un ancien aviateur de la Grande Guerre[2]. En 1974, les grandes difficultés pour percevoir la RAC, ce pouls activé et dynamique décrit par Nogier.

De 1975 à 1992, les réunions à Lyon autour de Paul Nogier qui étaient un véritable compagnonnage. En 1990, ce fut la prestigieuse réunion de l'OMS. Nous avions des réunions annuelles chez le Dr Magdeleine Frimat, en ce lieu magique qu'est le château d'Alba-la-Romaine, en Ardèche[3].

Comment oublier les réunions de travail : en 2003 au centre Propara sous l'impulsion du Pr Rabischong, en 2005 sur les bords de la Loue à l'initiative du Pr Magnin ?

L'« inlassable missionnaire » n'a pas rechigné à apporter ses connaissances aux autres ; il a découvert des collègues ouverts et passionnés, dont beaucoup sont devenus de réels amis : en Bretagne historique comme à Paris, en Auvergne comme à Toulouse ou dans le Vivarais, ainsi qu'au Portugal, en Europe Centrale et en Tunisie !

Tout cela fut une belle histoire !

L'enseignement facultaire de l'auriculothérapie à Nantes n'aurait pas été possible sans le dynamisme de la Commission d'acupuncture auriculaire de la FAFORMEC puis notre engagement dans le CFA. Sans le soutien loyal apporté par Jean Bossy, Éric Kiener et Philippe Castera, notre entreprise n'aurait pas connu un tel développement !

Oui, l'auriculothérapie a pris une grande part dans ma vie. La vie de famille et la vie personnelle en ont souffert. Mon épouse en a pris son parti depuis longtemps…

L'oreille nous conduit à l'art et à la peinture : à la Renaissance, les pinceaux utilisés par le peintre Raphaël étaient confectionnés avec des poils d'oreille de bœuf. Plus près de nous, le Dr Bachmann (qui était à la fois médecin et architecte) ne choisissait pour collaborateurs que des gens aux oreilles harmonieuses. Cet esthète a publié les premiers travaux de Nogier, qui furent ainsi connus dans le monde entier.

2- Rouxeville Y (1982) Ma première expérience d'auriculothérapie. Revue Auriculomédecine n° 28 : 1982

3- Actes d'Alba (2003) Un médecin légendaire, une thérapeutique innovante, un château merveilleux. Sauramps médical, Montpellier

Ce qui m'importe désormais, c'est que ce livre puisse permettre d'avoir confiance en l'auriculothérapie. Dans leur sagesse proverbiale, les Chinois nous disent : « *On n'a pas à croire ou ne pas croire à une thérapeutique ; on en constate ou non ses heureux effets.* »

Place de l'auriculothérapie dans la médecine

Y. Rouxeville

Résumé

L'auriculothérapie est l'œuvre de Paul Nogier. Elle consiste à traiter différentes affections à l'aide de piqûres ou autres stimulations effectuées sur le pavillon de l'oreille. L'auriculothérapie (ou acupuncture auriculaire) s'inscrit de façon légitime dans le cadre de l'acupuncture, « *thérapeutique consistant à piquer des aiguilles très fines en des points précis du corps* ».

Auriculothérapie et acupuncture entrent dans le champ des réflexothérapies, leur action se faisant de façon indéniable par l'intermédiaire du système nerveux.

L'auriculothérapie est un traitement de faible coût, et a ses indications privilégiées. Elle est pratiquée dans le monde entier, dans le cadre légal de l'acupuncture. En France, l'auriculothérapie est enseignée à la fois en université et dans le cadre associatif.

À propos de la médecine actuelle

La médecine actuelle se dit scientifique, c'est-à-dire conforme aux exigences d'objectivité, de méthode et de précision de la science. La science repose sur des faits et des relations vérifiables et reproductibles. Par déduction, l'observation clinique et l'expérience nous font inférer des hypothèses. Les faits scientifiques nous conduisent à une théorie, qui sera validée ou non. Par définition, une théorie n'est jamais définitive, et peut être remise en cause en fonction des données actuelles de la science.

De manière réductrice, la pratique médicale comporte la clinique et la thérapeutique. La clinique se fonde sur l'interrogatoire, l'examen médical et les examens paracliniques (dont l'imagerie et la biologie) ; la sémiologie obtenue permet de préciser un diagnostic.

De plus en plus, la plainte du malade et le jugement médical (qui comportent tous deux une part de subjectivité) sont tempérés par l'utilisation de machines (enregistrements électriques, biologie, imagerie). Ces examens paracliniques nous permettent de vérifier ou d'exclure le caractère organique des troubles présentés par le malade.

Les troubles dits fonctionnels sont ressentis par le patient sans que l'on puisse découvrir une corrélation organique. Ces troubles infracliniques entrent totalement

dans le cadre des soins, sans justifier de thérapeutiques lourdes à risque iatrogène. Les traiter pourra empêcher une évolution vers des troubles organiques, pouvant être objectivés, qui sont plus graves.

La médecine par les preuves permet de définir un certain nombre de maladies et de déterminer la conduite à tenir. Ce récent cheminement permet une conduite appropriée, en des cas précis. Toutefois, il n'est pas possible de randomiser la totalité de l'activité d'un cabinet médical généraliste en particulier, car les malades souffrant de troubles fonctionnels y sont nombreux. De plus, les troubles fonctionnels, comme les troubles chroniques, ont généralement plusieurs causes.

Depuis 2002, la qualité de vie est prise en compte. C'est un système intégratif multifactoriel, avec différentes parts (physique, biologique, sociale, psychologique, antécédents, etc.) qui permettent d'intégrer le patient dans le système de soins.

L'acupuncture auriculaire parmi les thérapeutiques (1) (fig. 1)

Les soins proposés seront effectués après un diagnostic. La thérapeutique comporte la chirurgie, la diététique, les médicaments, les méthodes physiques et les thérapeutiques alternatives et complémentaires.

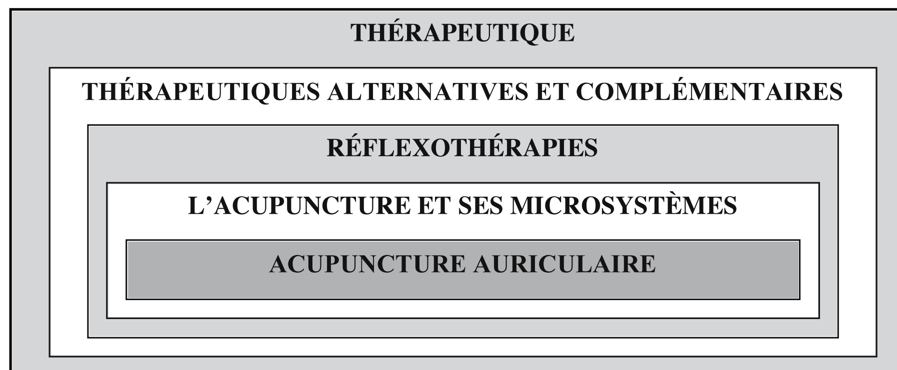


Fig. 1 - La place de l'acupuncture auriculaire dans la thérapeutique.

Les thérapeutiques alternatives et complémentaires

Elles comportent les psychothérapies (dont la sophrologie, et les thérapeutiques cognitives et comportementales ou thérapies brèves), l'homéopathie, la phytothérapie (dont l'aromathérapie), les réflexothérapies (manipulations, massages, réflexothérapies manuelles et acupuncture).

On pourrait aussi les classer comme des « traitements spéciaux » avec la signification anglaise de ce terme : par exemple, les militaires font appel ponctuellement aux « forces spéciales » quand ils ne peuvent (ou ne veulent) utiliser la procédure habituelle des armées classiques. Ces unités d'élite regroupent des personnes hautement qualifiées, et travaillent en toute légalité, dans le secret mais non dans la clandestinité.

L'utilisation des thérapeutiques alternatives et complémentaires est ainsi comprise comme une alternative et/ou un complément, si le malade ne réagit pas aux traitements médicamenteux, s'il ne les supporte pas, ou si les effets médicamenteux possibles sont disproportionnés par rapport aux troubles présentés. L'acupuncture est ainsi légitime et souhaitable, dans un cadre défini.

L'acupuncture (somatopuncture)

C'est la thérapeutique qui consiste à agir sur des points précis du corps, soit en les piquant avec de fines aiguilles, soit en massant ou en chauffant ces endroits. L'acupuncture pratiquée en Chine depuis des milliers d'années est basée sur des concepts traditionnels (la régulation du Yin et du Yang, la loi des cinq éléments, les lois de circulation de l'énergie, etc.). Il est bon de rappeler que l'acupuncture n'est qu'une partie de la médecine traditionnelle chinoise. Un certain nombre de médecins tentent de comprendre et d'expliquer l'acupuncture traditionnelle au travers des connaissances médicales actuelles (2).

Les microsystèmes de l'acupuncture (3)

Certains endroits du corps présentent une correspondance avec les organes. Il s'agit de lieux réflexes connus, dont l'oreille, mais aussi le crâne, le nez, la face, le pied et la main. Des cartographies ont été publiées.

Auriculothérapie ou acupuncture auriculaire ?

L'acupuncture auriculaire n'a pas été découverte par les Chinois, contrairement à l'acupuncture. C'est l'œuvre de Paul Nogier, de Lyon, dont la découverte remonte à cinquante ans. Le travail de pionnier de ce médecin français est reconnu au plan mondial (4).

Ses élèves ont assuré la relève. Raphaël Nogier a décrit « la photoperception cutanée » et renouvelé la matière médicale enseignée par son père.

Un consensus européen a été obtenu à Lyon, le 5 octobre 2006, lors du Ve Symposium international. Cet accord porte en particulier sur quelques définitions (*cf.* Annexes : Information sur l'auriculothérapie, p. 304).

L'acupuncture auriculaire

Elle consiste à traiter différentes affections par la piqûre des zones du pavillon de l'oreille. L'aiguille peut être remplacée par d'autres types de stimulations (électricité, massage, champ magnétique, fréquences portées par laser). Comme pour toute thérapeutique, elle est pratiquée à la suite d'un diagnostic médical. Comme toute thérapeutique, son exercice obéit à des règles adaptées d'hygiène comme par exemple les aiguilles stériles à usage unique, la désinfection du pavillon de l'oreille avant la piqûre, l'hygiène des mains du praticien.

L'acupuncture auriculaire regroupe plusieurs approches qui sont toutes respectables (fig. 2).

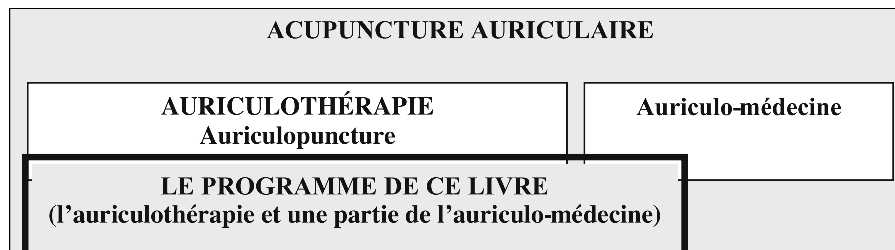


Fig. 2 - La place de l'acupuncture auriculaire dans ce livre.

L'auriculothérapie

C'est le nom de baptême de la méthode. Il a été donné par Paul Nogier au nouveau type de soin qu'il a découvert et élaboré : le traitement de façon réflexe par le pavillon de l'oreille (5). Cette approche est largement diffusée et partagée en Occident.

Après une période de découverte empirique, la compréhension de son mode d'action est fondée sur une approche médicale (physiologie, physiopathologie, publications, expérience). L'auriculothérapie est donc aisément compréhensible par tout médecin.

L'auriculopuncture

C'est le nom attribué à ce type de soins par Jean Bossy (2). Ce terme a été également utilisé par Nguyen Van Nghi (6). Dans ce livre, nous le rapporterons à l'approche chinoise, laquelle présente des variantes par rapport à l'approche occidentale.

Les Chinois ont beaucoup développé l'inspection visuelle de l'oreille. Ils utilisent aussi la palpation douloureuse et la vérification électrique. Le choix des points à traiter est simple. Il peut aussi faire appel aux règles de l'acupuncture traditionnelle chinoise appliquées à l'oreille.

L'auriculo-médecine

Paul Nogier a poursuivi ses recherches. Au cours des années 1960, il a noté que la stimulation mécanique du pavillon de l'oreille modifiait la qualité du pouls radial. Ensuite, il a remarqué que divers stimuli appliqués sur le corps ou sur l'oreille peuvent modifier la qualité du pouls, c'est la réaction cutanée vasculaire (RAC) (1, 7).

Cette méthode offre des possibilités d'aide au diagnostic. Si bien que Frank Bahr, élève allemand de Paul Nogier, lui a attribué le nom d'auriculo-médecine, nom consacré par l'usage, mais inapproprié, car il n'existe qu'une seule médecine !

Cette technique très subtile (avec un versant subjectif) offre un intéressant secteur de recherche. L'examinateur apprécie les variations du pouls radial du malade, juste après une stimulation.

Dans ce livre, nous nous limiterons à présenter l'analyse par la RAC des points d'oreille observés à la suite de pressions ou de l'éclairage par une lumière (blanche, colorée ou fréquentielle). Nos perceptions pourront être contrôlés par la détection électrique, plus objective.

L'acupuncture auriculaire et l'acupuncture traditionnelle chinoise

L'acupuncture traditionnelle chinoise est codifiée depuis des milliers d'années. Son intérêt pour l'oreille est resté très modeste.

René Bourdiol signale : « *Je n'ai jamais vu Soulié de Morant piquer le pavillon auriculaire, et ne l'ai jamais entendu parler de quelque énergie que ce soit circulant à son niveau.* » Plus loin, ce brillant élève de Paul Nogier écrit : « *L'auriculothérapie n'utilise pas les mêmes voies que l'acupuncture. Elle n'est pas soumise à la loi du Inn et du Yang traditionnels.* » (8).

Santaro écrit : « *L'oreille représente des localisations essentielles de l'énergie ancestrale* », avant de relier la conque de l'oreille et les maladie dites Yin (9).

Des acupuncteurs modernes estiment que le corps pourrait être condensé en chacune des parties du corps (main, pied, oreille, etc.). Ainsi, les microsystèmes de l'acupuncture (dont l'oreille) pourraient être le reflet de l'état énergétique général, et permettre de le réguler. Certains ont même décrit une correspondance des méridiens d'acupuncture à l'oreille.

L'attitude scientifique est de noter les faits et les conceptions, sans pratiquer d'amalgame ni échafauder de théorie fumeuse. La présentation d'A. Quaglia-Senta nous satisfait pleinement. Il présente le système nerveux autonome (l'ortho-sympathique périphérique, le para-sympathique, les voies) et l'acupuncture traditionnelle chinoise (Inn-Yang, assentiments, Jenn Mo, organes, merveilleux vaisseaux, circulation de l'énergie). Il laisse au lecteur le soin de noter les similitudes (10).

L'*International Council of Medical Acupuncture and Related Techniques* (ICMART) est une association internationale anglophone regroupant les sociétés médicales d'acupuncture. Les « *related techniques* » sont les techniques dérivées de l'acupuncture, ne faisant pas partie du corpus de l'acupuncture traditionnelle, telles l'auriculothérapie et/ou l'auriculomédecine. ICMART a accepté sans difficulté parmi ses membres l'association française Auriculo. Sans Frontières[1].

L'impact social de l'auriculothérapie

Tolérance

Les médicaments modernes sont très efficaces, mais ils peuvent être iatrogènes et parfois sont toxiques. Aux États-Unis on estime chaque année à 15 000 le nombre de décès par hémorragie digestive causés par des anti-inflammatoires. Ce chiffre est équivalent au nombre annuel de décès du syndrome d'immunodéficience acquise (Sida) dans ce pays. Les effets collatéraux des traitements médicaux sont bien un sujet grave de santé publique.

S'il existe un risque important lié à l'utilisation d'un anti-inflammatoire, de corticoïdes, de neuroleptiques, ou de tranquillisants chez un malade, il est parfaitement légitime de recourir aux thérapeutiques alternatives et complémentaires, surtout si le malade n'est pas atteint d'une pathologie sévère.

On ne connaît pas d'effet négatif survenu à la suite de la pratique de l'auriculothérapie, si l'on observe les normes d'hygiène (désinfection), si l'on utilise du matériel stérile à usage unique (aiguilles et aiguilles semi-permanentes). Le praticien suivra les données de l'enseignement, et soignera selon les recommandations du fabricant des dispositifs médicaux (stimulateurs électriques, lasers, etc.) (*cf.* Annexe).

Coût

En termes, d'économie de santé, on s'intéresse de plus en plus à la diminution du coût des soins. Le budget de la santé atteint un niveau insupportable, dans les pays industrialisés comme dans les pays émergents. La comparaison du coût de l'acupuncteur (honoraires et prescriptions) par rapport au généraliste et au spécialiste, montre un faible coût pour l'acupuncture (toutes techniques confondues) (11).

1- ICMART Rue de l'Amazone 62 - B 1060 BRUSSELS www.icmart.org

Efficacité

En France, l'évaluation de l'efficacité des soins a été confiée à une Agence, la HAS (Haute Autorité de santé) qui a succédé à l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes). Elle étudie et valide les divers procédés de diagnostic et de thérapeutique.

L'Anaes a déjà évalué l'acupuncture (toutes techniques confondues) et reconnu son efficacité en certains domaines (douleur, addictions et troubles fonctionnels digestifs en 2000, aide à la récupération motrice, maladies à composante allergique, syndrome anxio-dépressif, pathologie fonctionnelle uro-génitale) (*cf.* Annexes[2]).

Les rapports efficacité/tolérance et coût/efficacité

L'un et l'autre de ces deux indicateurs sont nettement en faveur de l'acupuncture (toutes techniques confondues).

Les malades douloureux aigus ou chroniques (rhumatismes, tendinites, arthrose, névralgies), les malades anxieux (dépressifs, insomniaques, angoissés), les intoxiqués au tabac, et les malades souffrant d'allergie respiratoire représentent une partie notable de la clientèle d'un cabinet de médecine générale ou d'un dispensaire public. À un degré variable, ils peuvent tous bénéficier de soins par auriculothérapie ou par acupuncture.

Une fois posé le diagnostic, tout médecin pourrait proposer, à titre alternatif et complémentaire, des soins par auriculothérapie à ces malades, que ces soins soient pratiqués par lui (une fois franchi le pas de la formation et de l'application), ou par un confrère expérimenté.

Découverte il y a cinquante ans, l'auriculothérapie a atteint son âge adulte. Le but de ce livre est de s'adresser au médecin du XXI[e] siècle, en espérant lui expliquer, de façon intelligible, ce que nous avons cru comprendre.

Quelle est la situation de l'auriculothérapie en France ?

Au moment du dépôt de ce manuscrit, nous sommes en période de mutation et de développement.

Quel sera l'avenir ?

2- *Cf. Annexes p. 301-303, Avis rendus par l'Anaes de 2000 à 2004*

L'exercice de l'auriculothérapie

L'auriculothérapie est née en France ; désormais, elle est internationale. Elle y est pratiquée dans le cadre légal de l'acupuncture.

Dans certains pays, la loi réserve la pratique de l'acupuncture aux seuls médecins. En d'autres pays, son exercice est permis aux médecins et aux personnels paramédicaux. Et enfin, la libre pratique est tolérée dans d'autres pays.

En 2006, une enquête a été lancée auprès des sociétés médicales d'acupuncture connues dans le monde entier. Le taux infime de réponses ne permet pas d'exposer de résultats et encore moins de statistiques. Nous le regrettons.

La situation de l'acupuncture en France

En France, la pratique de l'acupuncture est reconnue comme médicale, donc légalement pratiquée par les médecins, dentistes, sage-femmes et vétérinaires. Cependant, dans un proche avenir, des auxiliaires médicaux formés (infirmières, kinésithérapeutes) pourraient être autorisés à la pratiquer, dans le cadre de la délégation de soins.

L'enseignement initial était pratiqué par de nombreuses associations, chacune ayant son programme. Un diplôme d'université (DU d'acupuncture et de réflexothérapie) a été créé en 1986 à l'université de Montpellier I, annexe de Nîmes.

En 1987 a été créé le diplôme inter-universitaire (DIU d'acupuncture), avec un enseignement en université dispensé à l'origine dans neuf facultés. À partir de cette date, les associations ont cessé l'enseignement initial de l'acupuncture, en n'effectuant plus que la seule formation médicale continue.

À la création du DIU d'acupuncture, le Pr Bossy avait prévu que puisse être effectué un enseignement optionnel d'auriculothérapie au sein du DIU. Cela ne s'est pas fait. Il s'est exprimé à ce sujet dans la thèse de Ronald Guilloux (pages 657-8) (12).

Le 7 novembre 2006, la Conférence des doyens des Facultés de médecine a accepté la création d'une capacité d'acupuncture. Il ne s'agira plus d'un seul diplôme relatif à un enseignement dans plusieurs universités, mais d'un diplôme médical national.

Cependant, la limitation du remboursement des soins, et le développement de la pratique par les non-médecins sont deux hypothèques sur l'avenir de l'acupuncture médicale en France.

La situation de l'auriculothérapie en France (13)

Dix ans après le décès de Paul Nogier, la méthode se développe et s'organise. C'est le fait d'initiatives individuelles, d'une poignée de passionnés.

L'enseignement en université

Depuis 1982 existe un diplôme d'université d'acupuncture auriculaire dans le cadre des diplômes universitaires de médecines naturelles (DUMENAT) à Paris XIII. Ce DU se fait sur deux ans ; son programme comporte 100 heures de neurophysiologie et 100 heures d'auriculothérapie. D'autres universités se sont associées en 2006 pour créer un diplôme inter-universitaire d'auriculothérapie.

Depuis 2005, un module optionnel d'auriculothérapie a été créé à l'université de Nantes par Youenn Lajat. Cette formation en auriculothérapie se déroule sur 56 heures (huit journées) et intègre une présentation de l'auriculomédecine. Elle est réservée aux étudiants en 2e ou 3e année de ce DIU et aux titulaires de ce DIU[3].

Au cours des deux dernières années, la donne s'est profondément modifiée.

L'enseignement au niveau associatif

Une association, le *Groupe lyonnais d'études médicales (GLEM),* fondée en 1966 par Paul Nogier et Magdeleine Frimat, est la référence historique en auriculothérapie.

Le GLEM organise des formations à Lyon et Paris. La formation en auriculothérapie s'y fait en une quarantaine d'heures (six jours). Le cursus en auriculomédecine s'effectue en 70 heures (dix jours). Les cours sont réservés au médecins et dentistes, mais une formation spécifique est réservée aux kinésithérapeutes, qui ont la compétence légale d'utiliser des techniques de physiothérapie.

Le GLEM organise aussi des journées de perfectionnement, qui sont de la formation médicale continue (FMC).

L'École internationale Paul Nogier (EIPN), créée à l'initiative d'élèves directs de Paul Nogier, organise des journées de présentation de recherches cliniques.

Créée en 2000, l'association Auriculo. Sans Frontières (AASF-WAAO) intervient ponctuellement, essentiellement à la demande d'autres associations médicales[4].

L'intégration

Depuis 1996, le Syndicat national des médecins acupuncteurs de France (SNMAF) a intégré un collège d'auriculothérapie.

Les associations d'acupuncture médicale françaises se sont fédérées (FAFORMEC) et tiennent chaque année un congrès commun en une ville différente. Une commission d'acupuncture auriculaire a été créée en 1998 au sein de la FAFORMEC[5].

En 2002, le *Collège français d'acupuncture (CFA)* s'est créé. Cette association, bâtie sur le modèle des sociétés savantes (recrutement par cooptation et sur publications), a admis plusieurs médecins auriculothérapeutes[6].

3- Faculté de médecine. 1, rue Gaston-Veil, F 44000 Nantes www.univ-nantes.fr
4- Auriculo. Sans Frontières. 59, rue de Kerjulaude, F 56100 Lorient www.waao.net
5- Fédération des acupuncteurs pour leur formation médicale continue. www.acupuncture-medic.com
6- CFA 79, rue de Tocqueville, F 75017 Paris

Le 9 avril 2995, à Lyon, les responsables du SNMAF, de la FAFORMEC et du CFA réunis ont accepté à l'unanimité l'éventualité de création d'une unité de valeur optionnelle (non obligatoire) d'auriculothérapie au sein du DIU d'acupuncture. Le Conseil de coordination du DIU d'acupuncture, réuni le 17 novembre 2005, a avalisé le module optionnel de Nantes (dans sa forme et pour la matière enseignée).

Les publications

Les médecins auriculothérapeutes français publient peu. Les textes d'auriculothérapie paraissant dans les revues médicales de grande diffusion sont généralement de grande qualité. De plus, parmi les publications spécialisées, on retiendra :
– Les publications du GLEM qui sont de deux types : les *Annales du GLEM* depuis 1996, les *Actes des symposia internationaux* de 2000 et de 2006[7].
– La revue *Acupuncture et Moxibustion* résulte de la fusion, en début 2002, de deux importantes revues médicales françaises d'acupuncture *(Méridiens, Revue Française de Médecine Traditionnelle Chinoise)*. Cette revue paraît quatre fois par an. Elle est bâtie sur le modèle des revues médicales classiques (comité de lecture, règles d'écriture). Son comité de rédaction comporte des auriculothérapeutes. Des articles d'auriculothérapie peuvent donc être indexés dans les bases de données médicales[8].
– Les *Cahiers de Biothérapie* éditent chaque année des numéros à thème, dans lesquels paraît un article d'auriculothérapie[9].

Références

1. Rouxeville Y (2000) Acupuncture auriculaire personnalisée. Sauramps médical, Montpellier
2. Bossy J (1983) Bases neurobiologiques des réflexothérapies. Masson, Paris
3. Bossy J, Prat-Pradal D, Taillandier J (1984) Les microsystèmes de l'acupuncture. Masson, Paris
4. World Health Organization (1990) Report of the Working Group on Auricular Acupuncture Nomenclature. WHO Genève
5. Nogier PFM (1969) Traité d'auriculothérapie. Maisonneuve, Moulins-lès-Metz
6. Nguyen J (1989) Auriculopuncture. Encycl. Méd. Nat. (Paris, France), Acupuncture et Médecine traditionnelle chinoise, II-2, 12-1989, 16 p
7. Nogier PFM (1981) De l'auriculothérapie à l'auriculomédecine. Maisonneuve, Sainte-Ruffine
8. Bourdiol RJ (1980) Éléments d'auriculothérapie. Maisonneuve, Moulins-lès-Metz
9. Santaro M (1974) L'acupuncture par l'oreille. Maloine, Paris
10. Quaglia Senta A (1976) Le système sympathique en acuponcture chinoise. Maisonneuve, Sainte-Ruffine
11. Nabil E, Chaari H, Farah MA, Trabelsi D *et al.* (2006) Intérêt de l'auriculothérapie dans une clinique de la Sécurité Sociale (Bizerte) en Tunisie. Actes du Ve Symposium international d'auriculothérapie et d'auriculomédecine. GLEM - EIPN - AASF Lyon

7- Groupe lyonnais d'études médicales. 49, rue Mercière, F 69002, Lyon
8- Acupuncture et Moxibustion. 27, boulevard d'Athènes, F 13001, Marseille
9- Cahiers de Biothérapie. Les éditions Similia. 20, rue de la Libération, F 69110, Sainte-Foy-lès-Lyon

12. Guilloux R (2006) De l'exotique au politique : la réception de l'acupuncture extrême-orientale dans le système de soins français (XVIIe-XXe siècles). Thèse de sciences politiques. Institut d'études politiques, Lyon
13. Rouxeville Y (2006) Situation de l'acupuncture auriculaire en France, en 2006. Actes du Ve Symposium international d'auriculothérapie et d'auriculomédecine. GLEM - EIPN - AASF, Lyon

Anatomie de surface, embryologie et innervation de l'auricule humaine

J. Bossy

Résumé

L'oreille externe a toujours eu une valeur esthétique et une signification médicale importantes dans les différentes cultures, mais son étude anthropologique laisse encore dans l'ombre de nombreux points d'interrogation.

Dans le domaine médical, la médecine légale et l'anthropologie s'y sont intéressées. Son intérêt thérapeutique est resté marginal jusqu'au milieu du XX[e] siècle. Actuellement, l'auriculothérapie, que l'on pourrait appeler réflexologie auriculaire (1), s'est largement répandue à travers le monde. Les localisations des points et zones réflexes ont obligé à se pencher sur l'anatomie de surface de cet organe dont la variabilité est impressionnante, en relation plus ou moins directe avec une embryologie complexe. Toutefois, c'est son innervation cérébro-spinale et autonome qui permet d'ouvrir la voie vers les mécanismes centraux, expliquant ses effets si divers et parfois surprenants.

Anatomie de surface

La configuration complexe de l'auricule est expliquée en partie par son origine embryologique. Malgré la diversité de la morphologie de l'oreille externe, on peut établir un schéma moyen applicable à tous.

Mieux que de longues et fastidieuses descriptions, le tableau I donne les structures identifiables et identifiées, nommées par les *Nomina Anatomica,* auxquelles ont été ajoutées une douzaine de structures utilisées dans le domaine médical, en particulier par les médecins pratiquant l'auriculothérapie.

Il suffit de rappeler les grandes subdivisions et les termes de la nomenclature anatomique internationale et de renvoyer le lecteur à la figure correspondante (fig. 1) :

– l'hélix avec sa racine, son sillon et son tubercule, le tubercule auriculaire (Darwin) ;
– la fosse scaphoïde, l'anthélix et ses racines supérieure et inférieure délimitant la fosse triangulaire ;
– le tragus et l'antitragus, avec l'incisure antérieure de l'oreille et l'incisure intertragique ;

Tableau I - Nomenclature des structures superficielles de l'auricule.

	Nomina anatomica	*Traduction française*
Hélix		
01	*Crus helicis*	Racine de l'hélix et son tubercule 011 (1)
02	*Sulcus cruris helices*	Sillon de la racine de l'hélix
03	*Apex auriculae*	Apex de l'auricule
04	*Tuberculum auriculae*	Tubercule auriculaire (Darwin)
05	*Cauda helicis*	Queue de l'hélix
06		Incisure hélicolobulaire
Fosse scaphoïde, anthélix et fosse triangulaire		
07	*Scapha*	Fosse scaphoïde
08	*Anthelix*	Anthélix
09	*Crus anthelicis (superior)*	Racine supérieur de l'anthélix
10	*Crus anthelicis (inferior)*	Racine inférieure de l'anthélix
11		Incisure antitrago-anthélicine
12	*Fossa triangularis*	Fosse triangulaire
Tragus et antitragus		
13	*Tragus*	Tragus
14	*Tuberculum supratragicum*	Tubercule supratragique
15		Apex du tragus
16	*Incisura anterior (auris)*	Incisure antérieure (de l'oreille)
17	*Antitragus*	Antitragus
18		Apex de l'antitragus
19	*Incisura intertragiea*	Incisure intertragique
Conque auriculaire		
20	*Cymba conchae*	Hémiconque supérieure
21	*Cavum conchae*	Hémiconque inférieure
22	*Porus acusticus externus*	Orifice auditif externe
Lobule auriculaire		
23	*Lobulus auriculae*	Lobule auriculaire

Sillons de la face latérale de l'auricule		
24		Sillon auriculaire antérieur
25		Sillon prétragique
26		Sillon prélobulaire
Face mastoïdienne (médiale) de l'auricule		
27		Racine supérieure de l'auricule
28		Racine inférieure de l'auricule
29		Sillon de la racine inférieure de l'anthélix
30		Sillon de la racine supérieure de l'anthélix
31		Gouttière anthélicine
32	*Sulcus cruris helicis*	Sillon de la racine de l'hélix
33	*Sulcus auriculae posterior*	Sillon auriculaire postérieur
34	*Eminentia scaphae*	Éminence scaphoïde
35	*Eminentia fossae triangularis*	Éminence de la fosse triangulaire
36	*Eminentia conchae (superior)*	Éminence conchale supérieure
37	*Eminentia conchae (inferior)*	Éminence conchale inférieure

(1) Cette structure est presque constante selon nos collègues chinois. Le terme de tubercule semble plus approprié qu'épine.

– la conque de l'auricule subdivisée par la racine de l'hélix en *cymba conchae* (supérieure) et *cavum conchae* (inférieure), avec l'orifice du conduit auditif externe ;
– le lobe de l'auricule ;
– sur la face mastoïdienne (médiale) de l'auricule, on observe deux sillons (sillon de la racine de l'hélix et sillon auriculaire postérieur), et quatre éminences correspondant aux dépressions de la face latérale (scaphoïde, de la fosse triangulaire, supérieure et inférieure de la conque) (fig. 2).

Embryologie de l'auricule

L'auricule se développe à partir de trois bourgeons mandibulaires et trois bourgeons hyoïdiens situés de chaque côté de la première fente viscéro-branchiale. Gradenigo (2) a montré qu'une partie de l'hélix (hélix hyoïdien) se formait à partir d'un repli cutané localisé en arrière des trois tubercules hyoïdiens (figs 3 à 5) (3).

Le tubercule 1 forme le tragus, le tubercule 2 la racine de l'hélix, le tubercule 3 la partie ascendante de l'hélix ; le reste de l'hélix dérive de l'hélix hyoïdien. L'anthélix

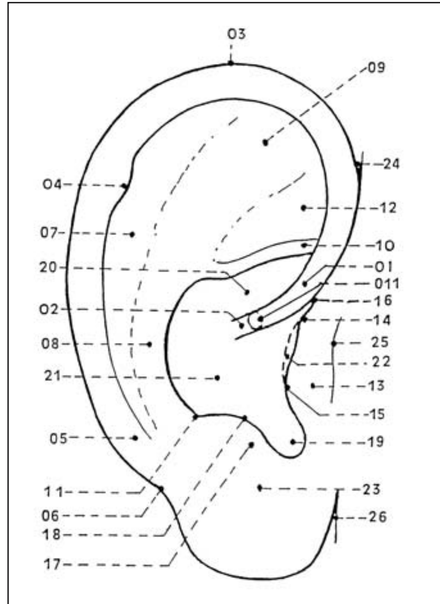


Fig. 1 - Vue latérale de l'auricule. Structures et repères superficiels. Les chiffres renvoient au tableau I.

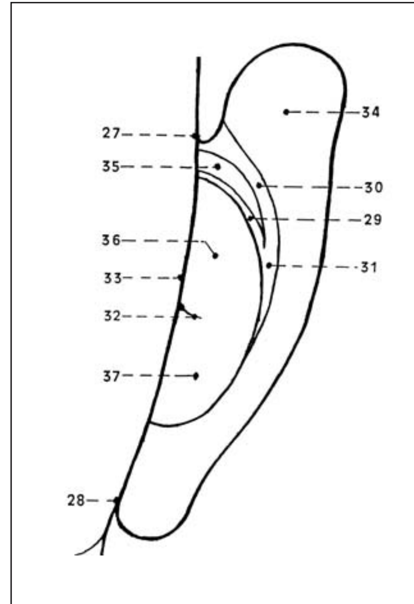


Fig. 2 - Vue mastoïdienne (médiale) de l'auricule. Structures et repères superficiels. Les chiffres renvoient au tableau I.

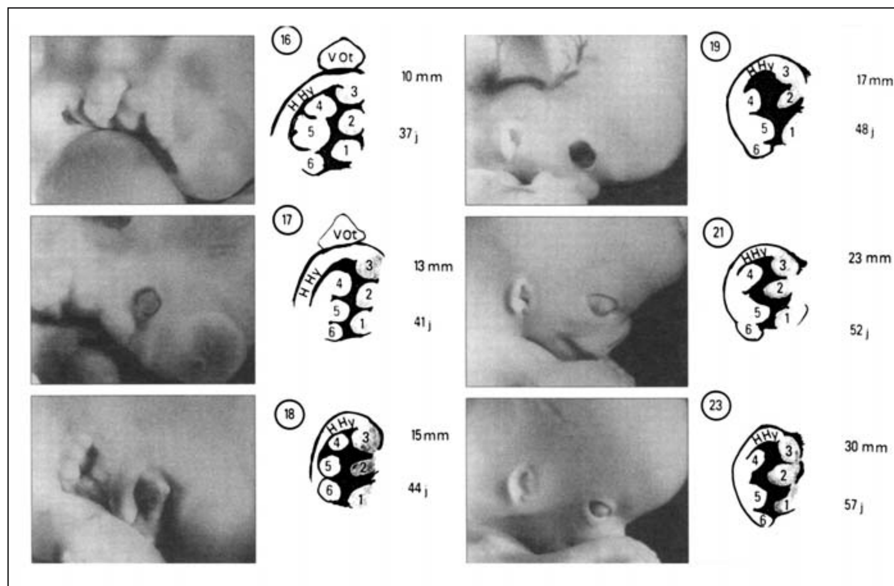


Fig. 3 - Photographies de la formation de l'auricule chez l'embryon humain aux stades 16, 17, 18, 19, 20, 21. En millimètres : taille de l'embryon. VOT : vésicule otique, H Hy : hélix hyoïdien.

provient du tubercule 4 ; le tubercule 5 donne l'antitragus, et le tubercule 6 participe à la formation du lobule. La conque dérive des parois de la première fente viscéro-branchiale.

Quoi qu'il en soit, toutes les parties de l'auricule sont tapissées en surface par de l'épiblaste qui deviendra de l'épiderme, recouvrant en profondeur, comme partout, des dérivés mésoblastiques et des éléments nerveux.

Il faut bien souligner qu'*aucun élément entoblastique* ne participe à la formation de l'auricule.

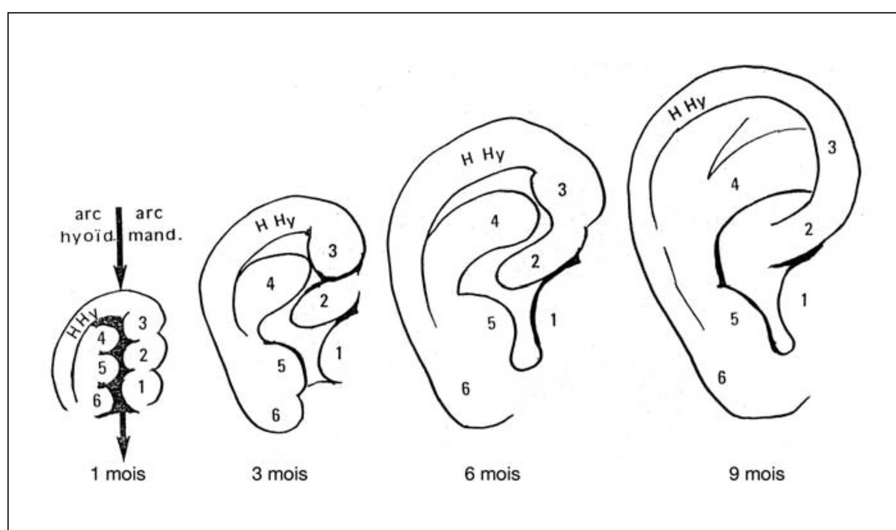


Fig. 4 - Évolution des tubercules auriculaires au cours de la vie fœtale.

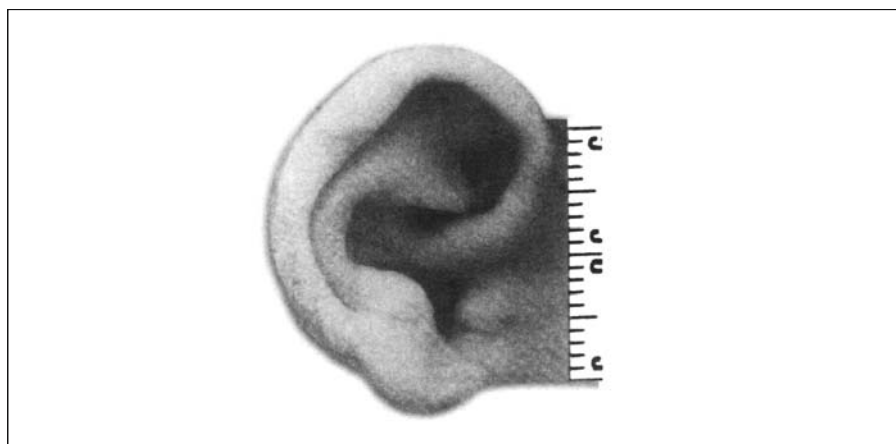


Fig. 5 - Auricule d'un fœtus à terme.

Innervation périphérique de l'auricule

La réflexologie auriculaire doit prendre en compte l'innervation cérébro-spinale et autonome de l'auricule. C'est pour cela que ce paragraphe groupe vascularisation et innervation. En effet, c'est par la vascularisation qu'arrivent le plus grand nombre de fibres autonomes, et l'effet réflexogène de la stimulation des plexus périvasculaires est bien connu (4, 5).

La mise en place de l'innervation de l'auricule se comprend aisément en considérant l'innervation radiculaire et tronculaire du massif céphalique (fig. 6) (6).

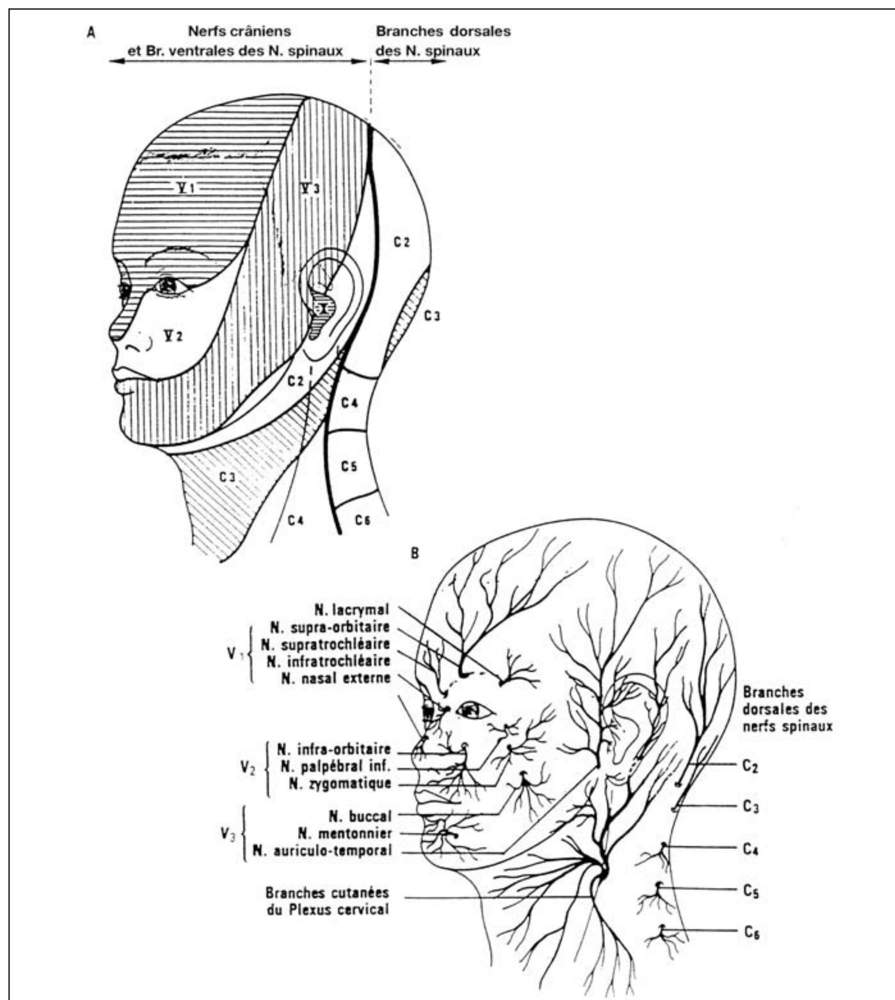


Fig. 6 - A. Dermatomes de la face et du cou. B. Nerfs cutanés de la face et du cou. (fig. 17) Issue de l'ouvrage (ISBN 2 225 80061 8) : *Les microsystèmes de l'acupuncture* de Bossy, Prat-Pradal et Taillandier. Masson, Paris, 1984, 128 pages. Avec autorisation.

La vascularisation et l'innervation de l'auricule rappellent son origine embryologique. La partie antérieure de l'hélix, sa racine et le tragus sont sous la dépendance du nerf auriculo-temporal et de l'artère temporale superficielle. La partie dorsale (postérieure) dépend du grand nerf auriculaire, branche du plexus cervical, et de l'artère auriculaire postérieure. La conque reçoit son innervation du rameau auriculaire du nerf vague (7) et de branches collatérales des artères stylo-mastoïdienne et tympanique postérieure. Étant donné que l'innervation est secondaire à la formation des tubercules, on comprend fort bien que les pédicules antérieurs assurent l'innervation non seulement des dérivés des tubercules 1 à 3, mais qu'ils participent aussi à l'innervation d'une partie des dérivés des tubercules 4 (racine de l'anthélix et fosse triangulaire), 5 (antitragus), et 6 (lobule) (fig. 7, 8 et 9).

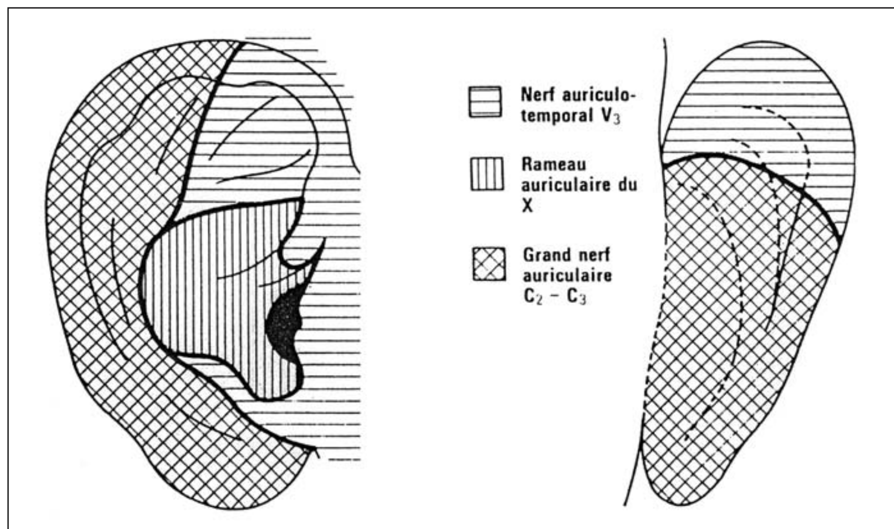


Fig. 7 - Les limites des territoires d'innervation de l'auricule. (fig. 8) Issue de l'ouvrage (ISBN 2 225 80061 8) : *Les microsystèmes de l'acupuncture* de Bossy, Prat-Pradal et Taillandier. Masson, Paris, 1984, 128 pages. Avec autorisation.

Quant au rameau auriculaire du nerf vague (X), il faut savoir que des fibres, arrivant à un noyau individualisé annexé au noyau spinal du V, peuvent aussi emprunter le trajet des nerfs intermédiaire (VII bis) ou glosso-pharyngien (IX) avant de rejoindre ce territoire périphérique (fig. 10) (6, 8).

Si l'on voulait schématiser l'innervation, on pourrait dire que toute la conque dépend du rameau auriculaire du nerf vague ou de son équivalent, que la partie fixe, dérivée des tubercules auriculaires aussi bien hyoïdiens que mandibulaires, est sous la dépendance du V3, alors que l'innervation de la partie mobile est assurée par le plexus cervical (fig. 7).

En tout cas, aucun autre nerf crânien ne participe à l'innervation de l'oreille externe.

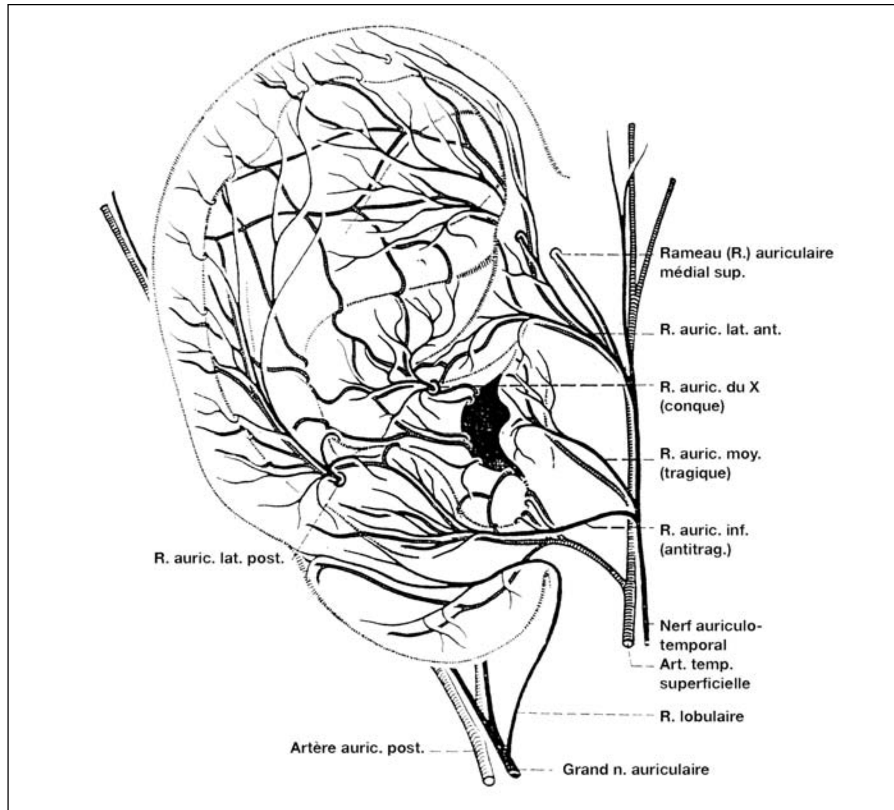


Fig. 8 - Vascularisation et innervation de l'auricule. (fig. 53) Issue de l'ouvrage (ISBN 2 225 78694 1) : *Bases neurobiologiques des réflexothérapies 3e éd.* de Jean Bossy. Masson, Paris, 1983, 160 pages. Avec autorisation.

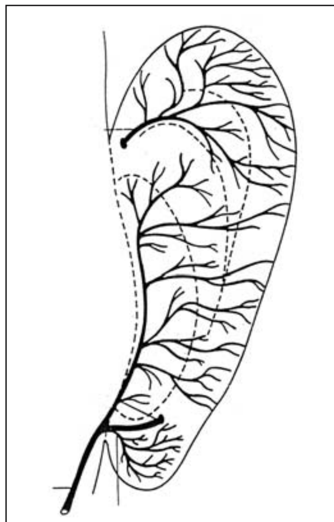


Fig. 9 - Innervation médiale de l'auricule. (fig. 9-B) Issue de l'ouvrage (ISBN 2 225 80061 8) : *Les microsystèmes de l'acupuncture* de Bossy, Prat-Pradal et Taillandier. Masson, Paris, 1994, 128 pages. Avec autorisation.

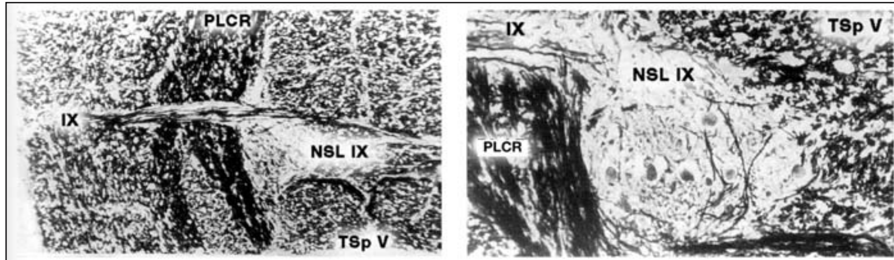


Fig. 10 - Photographie du noyau sensitif latéral du IX (d'après Bossy J (1968) Sur la présence d'un noyau sensitif du IX (NSL IX) annexé au tractus spinal du V. Acta Anat 70: 333).

Arcs réflexes élémentaires impliqués dans la stimulation de l'auricule

L'intégrité des structures nerveuses périphériques cérébro-spinale et autonome est indispensable pour obtenir un effet par la stimulation d'un quelconque territoire périphérique, mais, il est aussi nécessaire que les différents arcs réflexes fonctionnent normalement dans le temps et dans l'espace.

Les arcs réflexes simples sont cérébro-spinaux et autonomes. Ils permettent d'expliquer les effets directs de l'auriculopuncture sur le territoire cervico-céphalique, la ceinture scapulaire, les membres supérieurs, et la région thoracique supérieure.

Toutefois, pour envisager l'ensemble des phénomènes réflexes possibles à partir de la stimulation de l'auricule, il faut considérer les noyaux où se terminent toutes les fibres périphériques issues du pavillon. À côté des terminaisons évidentes sur les noyaux sensitifs du V, le noyau sensitif dorsal du X, les cornes dorsales de C2 et C3, il faut savoir que des fibres du V, du VII bis, du IX et du X se terminent dans le noyau solitaire (Torvick) (9), que les fibres de C2 et C3 vont aussi établir des connexions avec le noyau spinal du V qui descend jusqu'à C4, et réciproquement (fig. 11). À cela, il faut rajouter les fibres autonomes issues des artères auriculaire postérieure et temporale superficielle qui, par l'intermédiaire du plexus carotidien externe vont rejoindre des centres spinaux étagés de C8 à T4 (fig. 12).

À ce dispositif direct, on ajoute des collatérales des fibres radiculaires dorsales pouvant s'étendre jusqu'à sept segments sus-jacents et trois segments sous-jacents au niveau des renflements spinaux (10). Ainsi, les fibres radiculaires du plexus brachial, par leurs branches collatérales, s'étalent sur toute la partie supérieure de la moelle épinière de C1 à T4.

Cette organisation permet donc d'avoir des effets réflexes élémentaires dans tout l'étage cervico-céphalique, sur les deux membres supérieurs, et la partie supérieure du thorax jusqu'au 4e ou 5e segment thoracique.

L'innervation de la conque par le rameau auriculaire du X explique les effets de type parasympathique, sur l'ensemble des viscères thoraco-abdominaux.

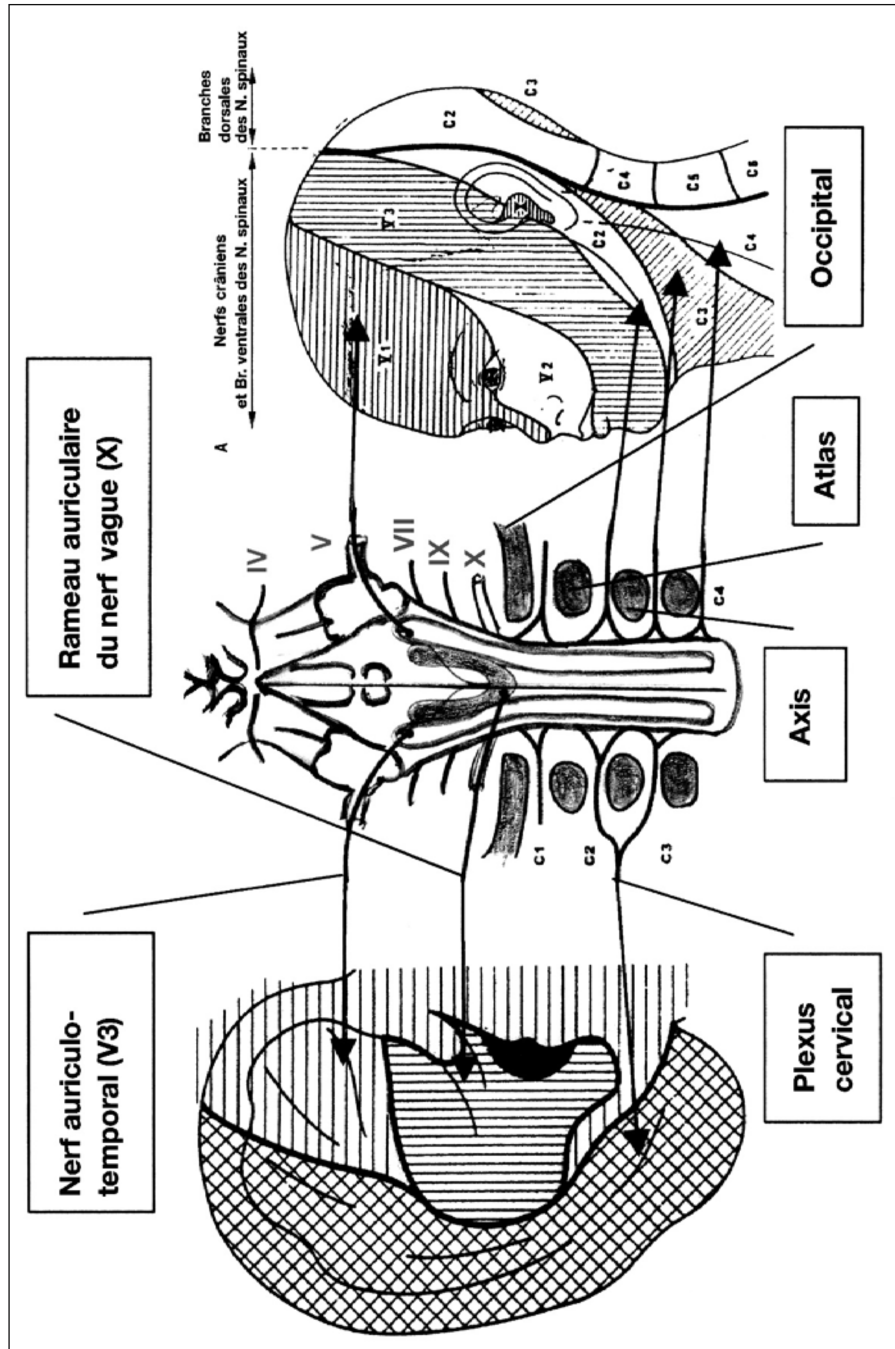


Fig. 11 - Afférences faciales et auriculaires du noyau spinal du V, du noyau du faisceau solitaire et des premiers segments cervicaux.

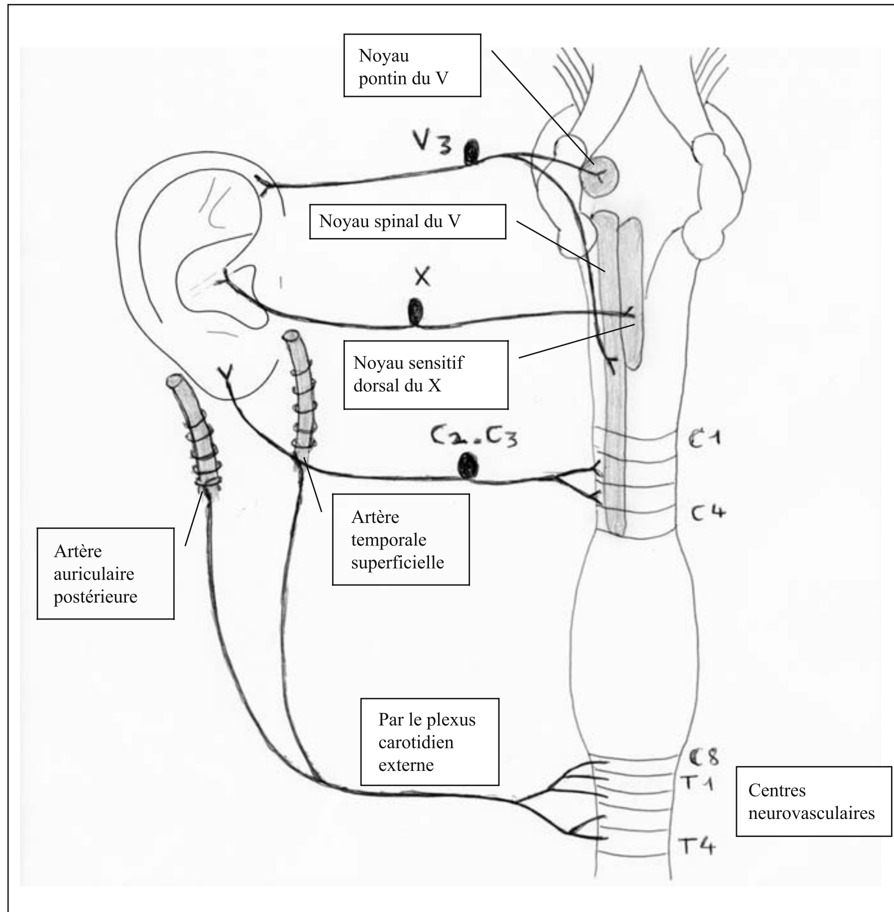


Fig. 12 - Afférences cérébro-spinales et autonomes en provenance de l'auricule.

Convergence et réflexes supra-segmentaires

Pour les autres réponses qui, cependant, passent obligatoirement par l'intermédiaire des centres primaires, il faut faire intervenir des phénomènes de convergence sur des unités neurales de la formation réticulaire, thalamique peut-être, et probablement des circuits corticaux.

La notion de convergence est essentielle dans la compréhension du système nerveux central ; elle permet d'expliquer les douleurs et symptômes référés.

Grâce à des micro-électrodes implantées dans une unité neurale, on a montré que différentes structures périphériques pouvaient se projeter sur la même unité. Par exemple, certaines unités spinothalamiques des primates reçoivent des influx cutanés

et des influx viscéraux pelviens (11). Ces projections sont très nombreuses et d'origines très variées en particulier pour les unités réticulaires et thalamiques (12). Étant donné que toutes ces projections ne sont pas excitées au même instant, il est logique de penser que des réponses différentes pourront être obtenues en fonction des projections simultanées. Ainsi, ces unités neurales ne sont pas structurellement spécifiques mais, en fonction des informations reçues, peuvent donner des réponses variées mais toujours identiques (5) (fig. 13).

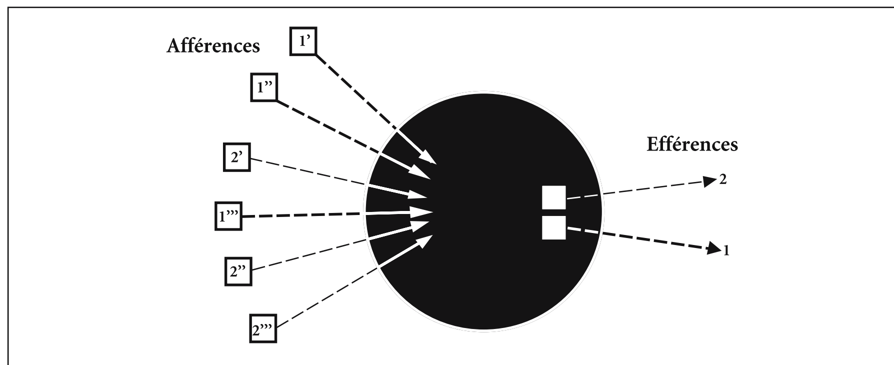


Fig. 13 - Possibilités de réponse spécifique à partir d'une unité réticulaire non spécifique. Par exemple si des influx nerveux arrivent simultanément par 1', 1", 1''', on obtiendra une réponse 1 ; si une volée d'influx arrive par 2', 2" et 2''', ce sera une réponse 2. Mais toute autre combinaison de stimulation ne donnera jamais de réponse 1 ou 2 (d'après Bossy J (1982) les circuits nerveux de la réflexologie du pied. Ann Kinésith 9/3: 64).

Étant donné la convergence des différents territoires sur la même unité réticulaire, on peut comprendre que l'activation de cette unité pourra diminuer le seuil de stimulation des territoires périphériques lorsque l'un d'eux souffre, permettant ainsi l'apparition de l'un de ces points douloureux spontanés ou provoqués. De même, on pourra estimer que la stimulation de l'un de ces points douloureux pourra avoir un effet relativement spécifique sur le territoire atteint qui a activé cette unité (fig. 14) (13).

Organisation topique du système nerveux

L'organisation topique du système nerveux peut se définir comme la répétition de séquences de l'innervation périphérique dans les différents centres et voies du système nerveux (5). Ainsi, la loi de Kahler a bien montré que la séquence radiculaire (cervical, thoracique, lombaire, sacré et coccygien) existe dans le cordon dorsal de la moelle épinière (14). Cette séquence spatiale de l'innervation périphérique se retrouve à tous les étages du système nerveux, mais elle doit tenir compte des innervations cérébro-spinale et autonome, en particulier lorsque celles-ci ne sont pas cohérentes.

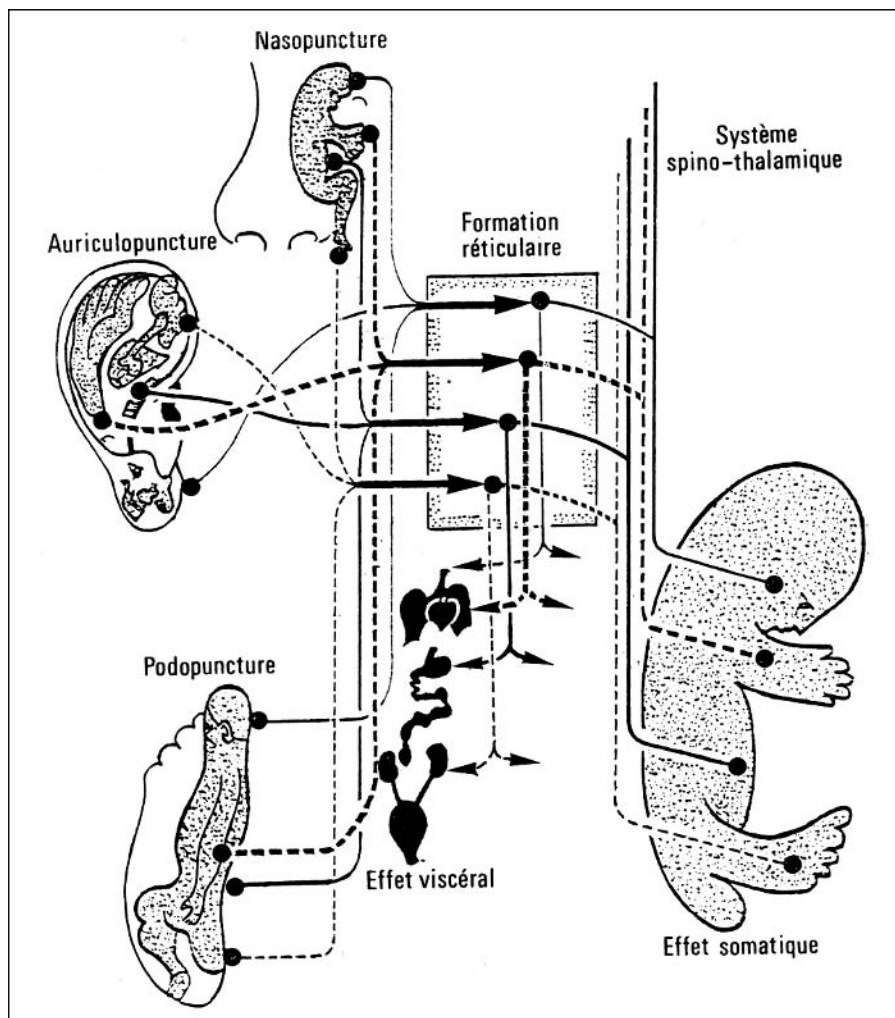


Fig. 14 - Rôle de la formation réticulaire dans l'explication des différents microsystèmes d'acupuncture. Les relais dans les centres primaires entre protoneurones et deutoneurones n'ont pas été figurés (d'après Bossy J (1978) Méridiens 41/42: 73-95).

Cette organisation topique, lorsqu'elle est structurale, implique des structures spécifiques et peu de synapses, mais elle peut aussi être fonctionnelle et s'expliquer par la convergence de groupes d'influx identiques sur les unités neurales (voir ci-dessus). Elle est sans aucun doute moins précise, mais elle peut expliquer que des régions ou organes différents puissent se recouvrir dans leurs représentations périphériques (5).

L'organisation topique se retrouve dans la représentation périphérique de l'organisme des microsystèmes de l'acupuncture quels qu'ils soient. Ce sera donc toujours le même « *pattern* » que l'on retrouvera, qui sera le guide de toute représentation.

L'organisation segmentaire, ou radiculaire, sera le fil conducteur à laquelle il faudra ajouter la répartition des centres autonomes cérébraux ou spinaux (fig. 15 et 16).

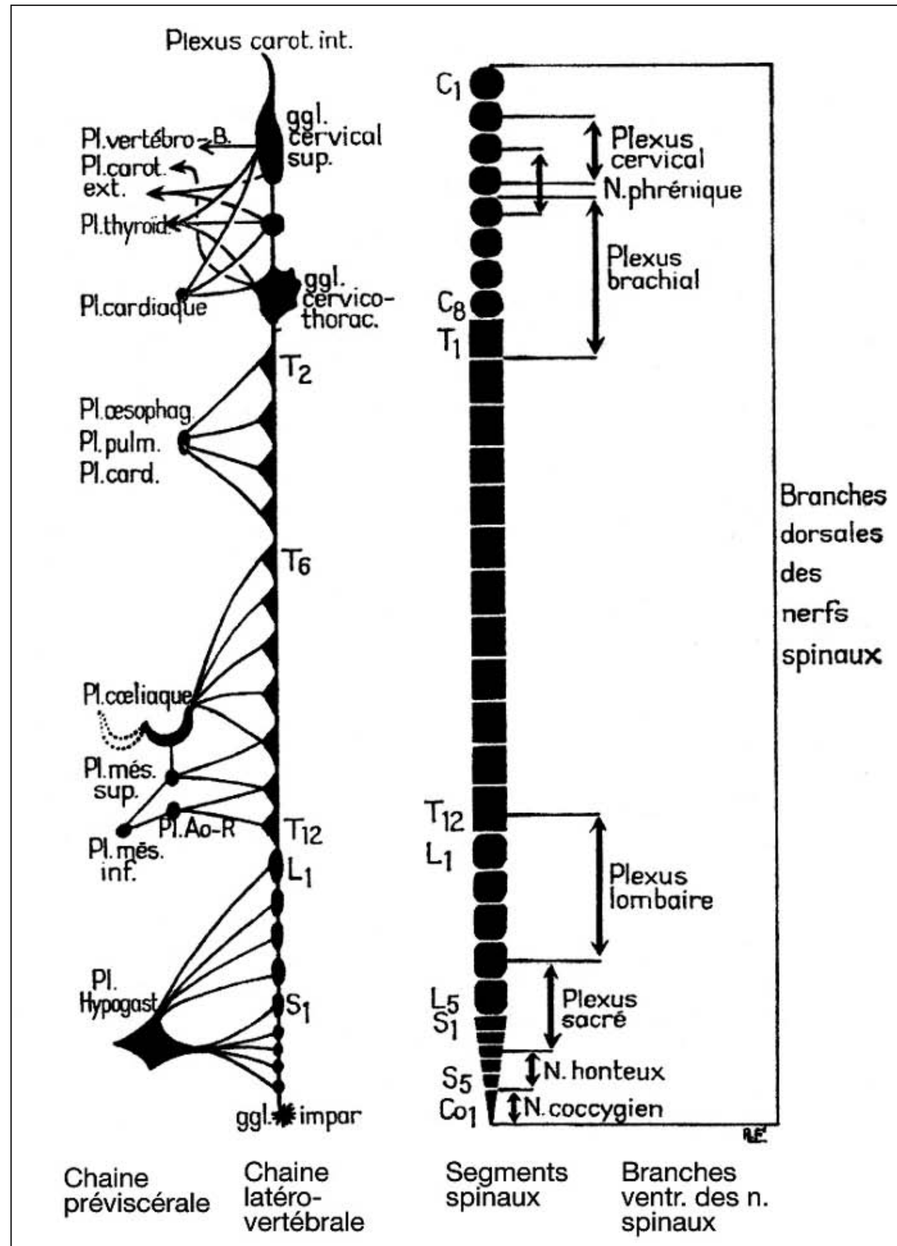


Fig. 15 - Organisation segmentaire du système nerveux cérébro-spinal et du système nerveux autonome. (fig. 3) Issue de l'ouvrage (ISBN 2 225 78694 1) : *Bases neurobiologiques des réflexothérapies 3e éd.* de Jean Bossy. Masson, Paris, 1983, 160 pages. Avec autorisation.

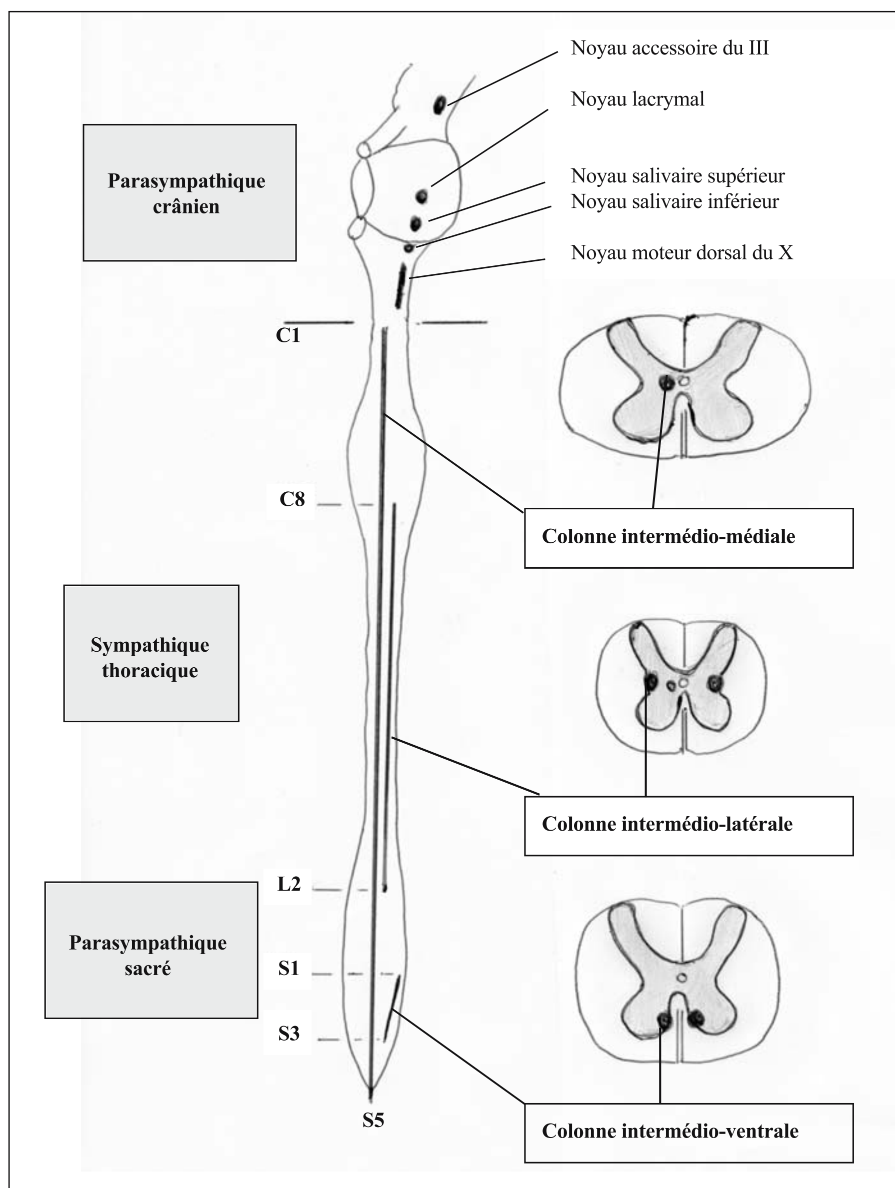


Fig. 16 - Centres autonomes primaires.

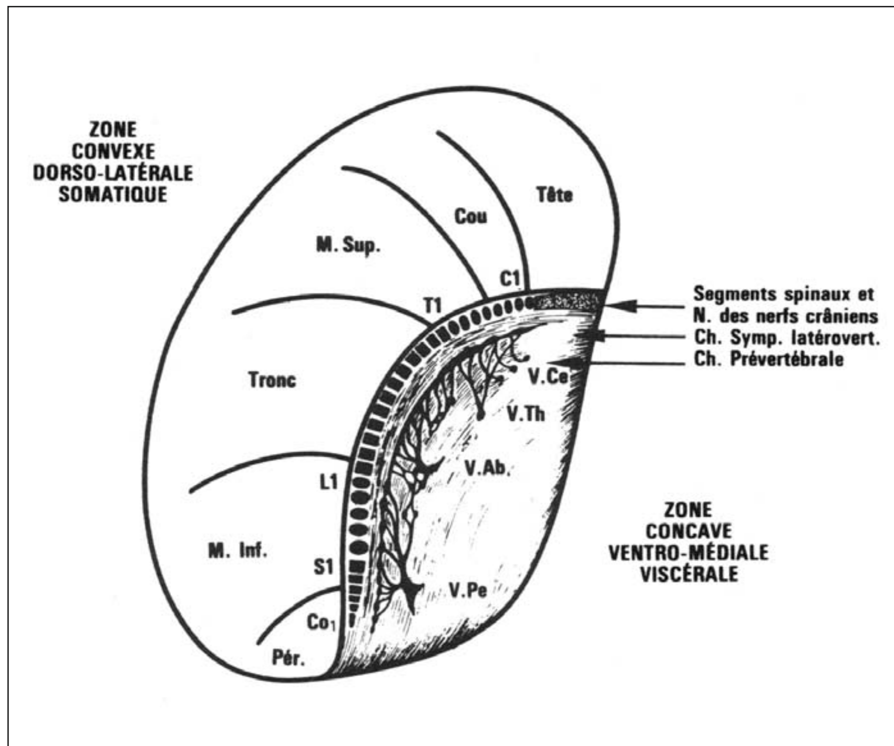


Fig. 17 - Schéma général de la représentation topique dans les différentes zones de l'organisme. V.Ab : viscères abdominaux ; V.Pe : viscères pelviens ; V.Th : viscères thoraciques ; Pér. : périnée ; V.ce : viscères cervicaux (d'après Bossy J (1982) Les circuits nerveux de la réflexologie du pied. Ann Kinésith 9/3: 68).

Cette répartition séquentielle des centres cérébraux-spinaux et autonomes permet de proposer un schéma de la représentation topique des différentes zones réflexogènes de l'organisme (6) (fig. 17). On peut appliquer ce schéma général à l'auricule (fig. 18 et 19).

Ainsi, dans les points et zones réflexogènes de l'auricule, il ne faut pas voir ou rechercher un organe, mais un territoire nerveux, métamérique, avec toutes les structures qui le composent et qui peuvent répondre à la stimulation (fig. 20).

Aussi les cartographies de tous les microsystèmes de l'acupuncture doivent-elles être des représentations topiques référées de l'innervation des différents organes et structures, et non pas des structures et des organes eux-mêmes.

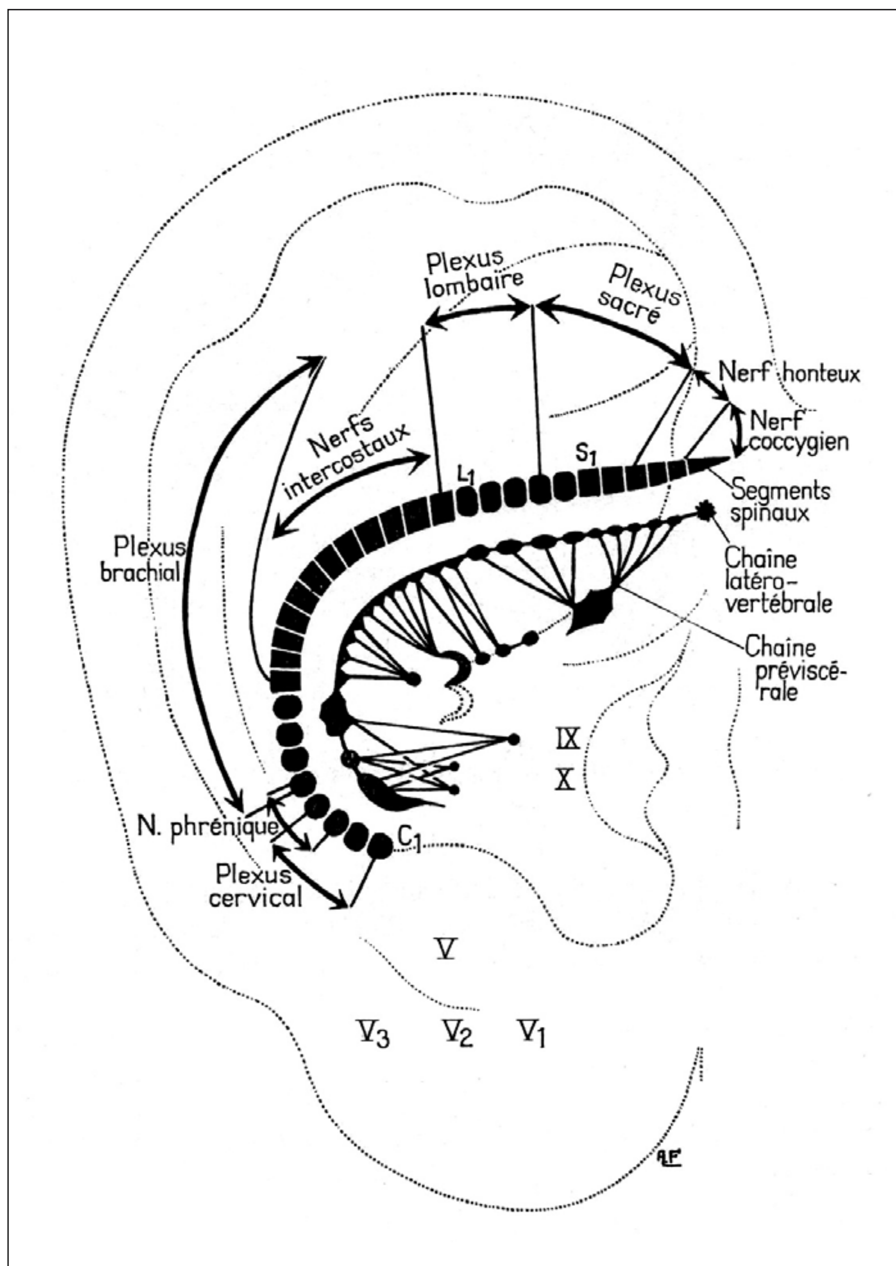


Fig. 18 - Représentation auriculaire du système nerveux cérébro-spinal et du système autonome réalisée d'après les travaux de Nogier. (fig. 52) Issue de l'ouvrage (ISBN 2 225 78694 1) : *Bases neurobiologiques des réflexothérapies 3e éd.* de Jean Bossy. Masson, Paris, 1983, 160 pages. Avec autorisation.

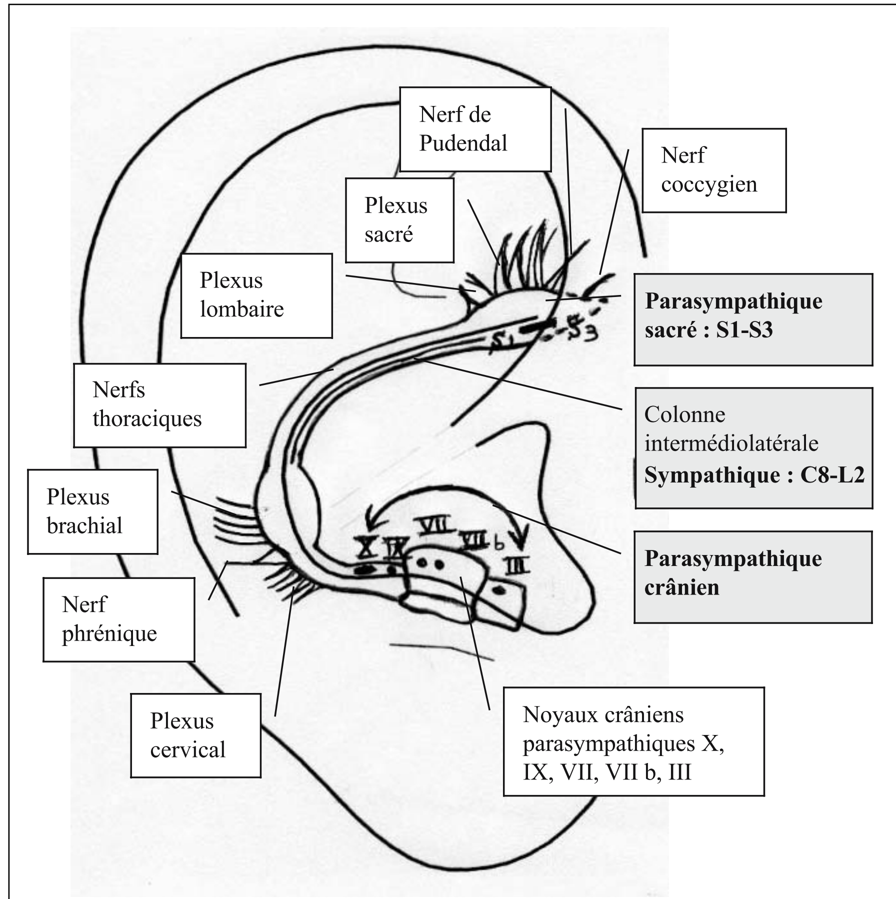


Fig. 19 - Représentation des centres sensitifs et autonomes sur l'auricule.

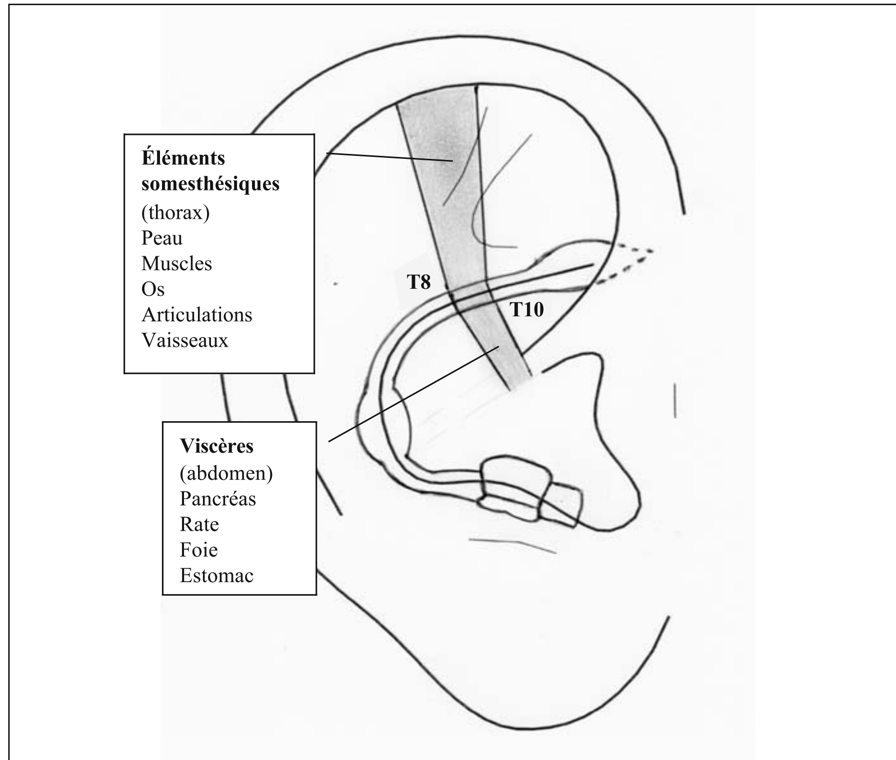


Fig. 20 - La représentation de l'innervation cérébro-spinale (T 8 à T 10) et autonome renvoie à tous les organes et structures des mêmes métamères.

Projections et représentations

Pour terminer, il faut insister sur le fait que les points ou zones auriculaires *ne sont jamais des projections,* mais des représentations de l'innervation d'un organe ou d'un territoire (5, 6).

On parle de *projection* lorsque la stimulation d'une structure somatique ou nerveuse permet d'évoquer des potentiels nerveux tout au long de la voie nerveuse qui peut atteindre le cortex.

En revanche, deux territoires A et B plus ou moins éloignés peuvent se projeter sur la même unité neurale, pour suivre ensuite une voie nerveuse centrale identique, et atteindre les mêmes zones thalamiques ou corticales en évoquant des potentiels nerveux dans chacune de ces structures. Cependant, la stimulation de A ne peut jamais évoquer de potentiels en B, ou inversement. Il est donc faux de parler de projection de A en B ; il s'agit seulement d'une *représentation* de A en B.

De plus, puisque la suppression complète de l'innervation cérébro-spinale et autonome supprime l'effet de la stimulation du point, il ne peut s'agir de la représentation de l'organe ou de la région, mais bien de celle de l'innervation. Cela a pour corollaire la nécessité de tenir compte d'une part de la densité de l'innervation, et d'autre part, pour certains organes, d'une double représentation cérébro-spinale et autonome lorsque ces innervations ne sont pas cohérentes. Il en découle que deux organes différents, ayant la même innervation segmentaire, peuvent avoir une représentation superposée. Ainsi, un point douloureux auriculaire peut apparaître comme le signe du dysfonctionnement d'un territoire segmentaire, et correspondre à n'importe quelle structure du même métamère.

Enfin, comme toujours en médecine, un seul signe (sauf pour les rares symptômes pathognomoniques) ne peut être qu'une orientation. Aussi, pour établir un diagnostic, ne peut-on se contenter d'un seul point douloureux auriculaire ; il faut rassembler un faisceau de symptômes convergents.

Références

1. Bossy J (1971) Considérations neuro-anatomiques et neuro-embryologiques pouvant servir de base aux réflexothérapies cutanées. Actes des VII[e] journées d'acupuncture, d'auriculothérapie et de médecine manuelle (Besançon 1971). Maisonneuve, Moulins-lès-Metz
2. Gradenigo, cité par Guibe M, Poirier P, Charpy A, Nicolas A (1912) In Oreille externe - Traité d'Anatomie Humaine V-2 (p 705), Masson, Paris
3. O'Rahilly R, Bossy J, Müller F (1981) Introduction à l'étude des stades embryonnaires chez l'homme. Bull Ass Anatomistes 65: 141-236
4. Séoane M (1974) Vascularisation et innervation du pavillon de l'oreille ; leurs relations avec l'auriculothérapie. Thèse de médecine, Montpellier
5. Bossy J (1983) Bases neurobiologiques des réflexothérapies 3[e] éd. Masson, Paris
6. Bossy J, Pradal-Prat D, Taillandier J (1984) Les microsystèmes de l'acupuncture. Masson, Paris
7. Bossy J (1959) Le rameau auriculaire du pneumogastrique. CR Ass Anat 102: 182-9
8. Bossy J (1968) Sur la présence d'un noyau sensitif du IX, annexé au tractus spinal du V Acta Anat 70: 332-40
9. Torvick A (1956) Afferent connections of the sensory trigeminal nuclei ; the nucleus of the solitary tract and adjacent structures. J Comp Neurol 106: 51-141
10. Cajal S, Ramon Y (1952) Histologie du système nerveux. CSIC, Madrid
11. Milne RJ, Foreman RD, Giesler Jr *et al.* (1981) Convergence of cutanous and pelvic visceral nociceptive impacts onto primate spinothalamic neurons. Pain 11: 163-83
12. Li Y, Luo Z, Wu X, Yang S (1979) Effect of acupuncture on thalamic and brain stem reticular formation, neuronal responses to splanchnic nociceptive stimulations. National symposia of acupuncture and moxibustion and acupuncture anaesthesia, Abs 393, Beijing
13. Bossy J (1982) Les circuits nerveux de la réflexologie du pied. Ann Kinésith 9/3: 57-69
14. Winkler C (1918/1933) Anatomie du système nerveux. Opera omnia, vol. 6-10. Bohn, Haarlem

L'oreille dans l'histoire, les mythes et les traditions (relevé anecdotique sur l'importance historique de l'oreille)

Y. Rouxeville

Résumé

Les Chinois dans l'Antiquité connaissaient quelques points d'oreille. De façon traditionnelle, dans le bassin méditerranéen, on pratiquait autour des cautérisations pour soulager la sciatique. À la suite des découvertes et travaux de Paul Nogier, l'acupuncture auriculaire s'est développée au plan mondial, y compris en Chine.

Elle comporte deux conceptions et pratiques différentes : l'approche occidentale (dite auriculothérapie) et l'approche chinoise (dite auriculopuncture).

L'auriculothérapie, d'origine française, est désormais internationale. Des réunions de nomenclature ont été organisées par l'OMS. Des congrès internationaux se tiennent.

P.F.M. Nogier rapporte dans son traité d'auriculothérapie (1)

Hippocrate (IVe siècle avant J.C.) avait étudié en Égypte. Il savait que les incisions des veines rétro-auriculaires pouvaient agir favorablement sur l'impuissance, mais ce traitement semblait altérer la qualité de la liqueur séminale. Ces incisions se pratiquaient en particulier chez les Scythes, cavaliers nomades vivant en Europe de l'Est et en Asie occidentale.

Avicenne (IXe siècle) recommandait l'incision des veines rétro-auriculaires dans *« les maladies de la tête »*.

Au XVIe siècle, les médecins espagnols connaissaient et pratiquaient la cautérisation auriculaire pour guérir de la sciatique.

Le médecin portugais Zacutus Lusitanus a noté l'effet bénéfique, dans la névralgie sciatique, de la cautérisation de la peau à la partie arrière des oreilles par un sar-

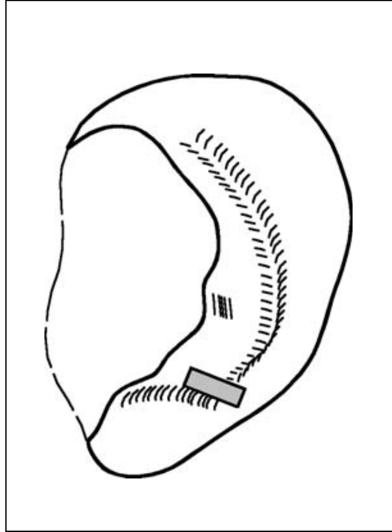


Fig. 1 - Zone de cautérisation pour l'odontalgie selon Valsalva.



Fig. 2 - Zone de cautérisation pour la sciatique (Corse - 1850).

ment de vigne enflammé. Ce type de soins était « *fort en usage chez les Persans tant pour cette maladie que pour toutes celles qui proviennent de fluxions venues à la tête* » (1637).

Valsalva, de Bologne, signalait que certains praticiens soulagent les odontalgies en cautérisant la partie postérieure de l'antitragus, jusqu'au cartilage (1717) (fig. 1).

Dans les Flandres, la cautérisation de l'antitragus était mentionnée pour traiter « *les maux de dents avec une rapidité étonnante* » (1740). Il s'agissait d'une pratique traditionnelle effectuée par les maréchaux-ferrants.

Ignaz Colla (Parme) a rapporté qu'un homme a ressenti une incapacité passagère de marcher après avoir été piqué par une abeille au niveau de l'anthélix (1810).

Lucciani (Bastia) a signalé que les maréchaux-ferrants en Corse cautérisent la racine de l'hélix, ce qui peut être un traitement radical de la sciatique. Ces faits ont été décrits dans le *Journal des Connaissances Médico-Chirurgicales* (1850, n° 9, p. 226) (fig. 2).

Malgaigne (hôpital Saint-Louis) a repris cette technique et obtenu de bons résultats par la cautérisation de l'hélix « *à son entrée dans la conque* » *:* guérison complète et instantanée dans un tiers des cas, rechute dans un tiers des cas, inefficacité dans un tiers des cas. Cette technique a également été utilisée à l'Hôtel-Dieu de Lyon, et en Belgique (Bruges). Cependant, Duchenne de Boulogne a mené une polémique, étayée par le fait que le lieu de traitement de la névralgie sciatique n'était pas toujours le même : l'hélix, l'anthélix ou le tragus (fig. 3). En 1981, Paul Nogier apporte le premier élément de réponse en publiant les « cartographies des phases ».

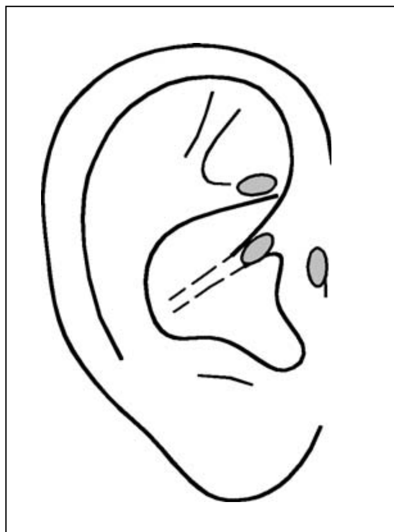


Fig. 3 - Les trois zones proposées par le Pr Malgaigne dans la sciatique.



Fig. 4 - Les trois zones proposées par Borelli dans la sciatique.

Marco Romoli signale dans *Agopuntura Auricolare* (2)

Abucassis, chirurgien et médecin arabe renommé, propose la cautérisation dans de nombreuses indications. Les bons résultats font recommander la technique dans les douleurs pleurales, les maladies de la rate, l’abcès du foie, l’hydropisie, l’hépatite, les hémorroïdes, la fistule anale, la stérilité, la dysménorrhée, l’odontalgie et les céphalées. Dans la névralgie sciatique, il applique le cautère *loco dolenti :* au pied, à la jambe et en regard de l’articulation coxo-fémorale. Dans l’otalgie survenue à la suite de l’exposition au froid, il recommande la cautérisation auriculaire en dix endroits différents (vers l’an 1000). Ses travaux ont été repris au XVe siècle dans des manuscrits turcs.

Giambattista Borelli, chirurgien à Turin, propose en 1852 trois lieux de cautérisations sur l’hélix (racine, branche montante et sommet) dans la névralgie sciatique (fig. 4), en conseillant que chaque cautérisation soit peu profonde, longue de 1 à 2 cm et large de 5 mm. Il cautérisait une zone, puis les autres si la douleur ne diminuait pas. La géométrie de l’oreille, étudiée par Paul Nogier au cours des années 1970, permet une compréhension de ces divers lieux de cautérisation.

Borelli estimait que la cautérisation auriculaire était aussi indiquée dans les douleurs de même type (odontalgie, névralgie faciale, cervico-brachiale, crurale, ilio-scrotale). Par ailleurs, d’Abucassis à Borelli, les chirurgiens ont toujours été prudents, recouvrant la cautérisation par de l’huile d’olive pour prévenir les infections

du pavillon auriculaire. Borelli avait noté que la suppuration ne se manifestait que chez les non-répondeurs à ce traitement.

Le neurologue Angelo Nardini (1886-1952) a traité pendant longtemps la sciatique par des cautérisations du point zéro et de la partie supérieure de l'anthélix, à l'aide d'instruments de diverses dimensions.

Un religieux, le Père Augustin, a pratiqué la cautérisation pour la sciatique à Genève jusqu'en 1998. L'effet était généralement ressenti dans les premières minutes, et dès la première séance. En revanche, il a noté que les bons résultats étaient rares chez les gens opérés de hernie discale.

L'oreille dans les mythes, les religions et la médecine traditionnelle

Dans l'Antiquité païenne

Pour les Égyptiens, les oreilles d'argile ou les oreilles représentées sur des stèles étaient censées permettre aux divinités (Ptah, Hathor, Amon-Ré) d'écouter les prières. Cette « image concrète » des oreilles de la divinité a également été utilisée pour s'adresser à la reine Néfertari et à Ramsès II. La stèle d'Ousersatet (XIXe dynastie, 1295-1186 avant J.C.), découverte à Deir el Médineh et dédiée à la déesse Nebethetepet, est la réalisation la plus achevée de ces manifestations votives. De même, les oreilles de terre cuite permettaient de s'adresser directement à la divinité, sans le passage par un prêtre ni par les ancêtres (fig. 5)[1].

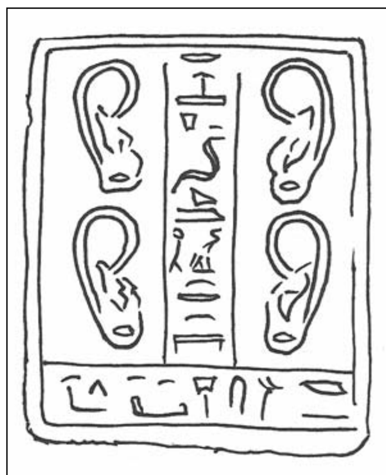


Fig. 5 - La stèle d'Ousersatet.

Selon l'égyptologue Alexandre Varille, les femmes de l'Ancienne Égypte se faisaient piquer le pavillon de l'oreille dans un but anticonceptionnel (3).

Dans la mythologie Gréco-Latine, les Satyres étaient représentés avec de petites cornes, de longues oreilles pointues, une longue queue et des pieds de bouc.

Chez les Romains, la déesse Cybèle était associée à la fécondité. Dans les ruines de Glanum, cité gallo-romaine près de Saint-Rémy-de-Provence, une importante stèle dédiée à Cybèle porte deux oreilles au centre d'une couronne. Les nouveaux couples et les couples infertiles faisaient des offrandes et des prières à la déesse.

[1] *La stèle d'Ousersatet est conservée au Museo Egizio de Turin*

Le Bouddha est représenté avec de grandes oreilles, ce qui est interprété en Asie comme un signe de grande sagesse. On a beaucoup fantasmé là-dessus ; la réalité pourrait être différente car les premiers sculpteurs ayant représenté le Bouddha étaient issus d'une ethnie himalayenne aux grandes oreilles.

L'oreille n'a pas d'importance particulière au sein des diverses médecines traditionnelles indiennes (Âyurveda, médecine des Siddha, médecine yûnânî, yoga) (4).

En médecine traditionnelle tibétaine, on examine l'oreille de l'enfant. Dans son enseignement oral, Trogawa Rimpoche rapporte qu'il est important de noter l'aspect des trois veines postérieures. Cet simple examen permet d'apprécier l'état des organes principaux chez l'enfant (fig. 6).

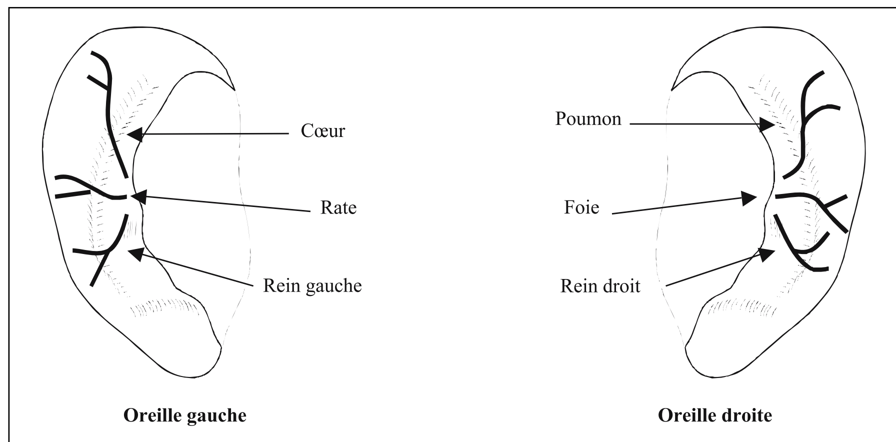


Fig. 6 - L'examen des oreilles d'un jeune garçon en médecine tibétaine.

En astrologie tibétaine, on connaît cinq forces individuelles (dont le *La*, « l'âme », « l'esprit ») qui soutiennent la vie de l'individu. La force de vie qu'est le *La* se déplace dans diverses parties du corps selon les jours du mois lunaire. Ainsi, il se trouve le 11e jour aux oreilles (la gauche chez l'homme, la droite chez la femme) (5). P. Cornu et T. Rimpoche conseillent de ne pas effectuer d'intervention chirurgicale dans la zone où circule cette force de vie !

Chez les Vikings, le prix du sang était codifié. Chez ces hommes libres, on devait réparation si l'on avait tué ou estropié un autre Viking. L'œil valait la moitié de la vie, et l'oreille le quart d'une vie (6).

En Europe

Au sommet de la « colline éternelle » de Vézelay (le « Montjoie » des pèlerins en route vers Saint-Jacques-de-Compostelle), la basilique de la Madeleine (XIIe siècle) nous invite. Le tympan du narthex est réputé ; la frise du linteau y représente « l'Église à la

conquête du Monde ». À sa partie droite, on voit des personnages aux grandes oreilles ; il s'agit sans doute des Panotii, habitant les Indes (fig. 7).



Fig. 7 - Les grandes oreilles de Vézelay.

L'Europe Centrale a connu de nombreux affrontements au cours des siècles. En Moravie, au XIVe siècle, après avoir vaincu les Moraves à Stramberg, les Tatars ont remis à leur calife un trophée : plusieurs sacs d'oreilles humaines salées.

À la fin du XVe siècle, Jérôme Bosch (Jheronimus Van Aken) a peint un étrange triptyque *Le Jardin des délices terrestres* conservé au musée du Prado. Dans le volet droit, deux oreilles entrent dans la représentation évidente d'un génitoire masculin. Un diablotin tient une lance dont les extrémités sont réputées correspondre à des localisation spéciales : l'une excitatrice de la libido, et l'autre freinatrice. Paul Nogier nous a précisé ultérieurement que ces points sont également des points régulateurs du sommeil (fig. 8).



Fig. 8 - Les points de Bosch (deux extrémités de la flèche).

Les être mythiques malfaisants ou déclarés diaboliques ont toujours été décrits comme porteurs d'oreilles pointues, aussi bien les elfes que le Diable et les autres diablotins (fig. 9). Dans la période où sévissait la Sainte Inquisition, avoir des oreilles pointues et poilues pouvait vous conduire au bûcher.

On nous a rapporté que, pendant la Grande Guerre, les nettoyeurs de tranchée tranchaient les oreilles des vaincus, pour preuve de leur bravoure.

À Saint-Gildas-des-Bois, dans les années 1920, les deux filles d'un marin de commerce soulageaient les migraines en martelant le lobule des deux oreilles.

Notre Dame de la Sciatique « *Elle guérit la sciatique, et rien que la sciatique… Notre guérisseuse est tellement spécialisée qu'elle ne s'occupe que de thérapeutique et ne contrôle pas les diagnostics* » *[…]* « *a brandi un mor-*

ceau de ferraille, produit rarissime qui vient de Chine et qui a été offert par un grand Mandarin à son père en reconnaissance de service rendus. » L'auteur a vu le cautère rougi dans une cuisinière alimentée aux seuls sarments de vigne brûler profondément le cartilage médian de l'oreille (7, p. 61).

Au Portugal, dans les campagnes, on cautérise toujours la racine de l'hélix dans la sciatique.

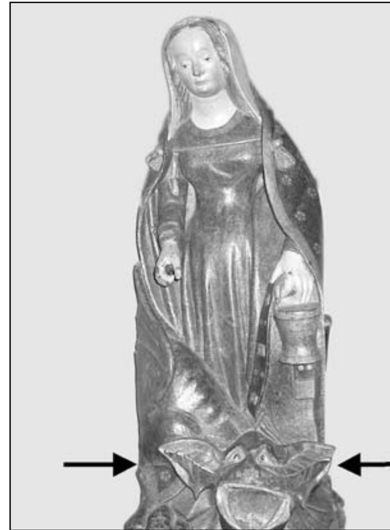


Fig. 9 - Sainte Marthe terrassant la Tarasque, créature diabolique (Hospices de Beaune).

En Afrique du Nord

En Tunisie, à Kairouan, on transperce l'antitragus par un fil d'argent pour traiter les douleurs. On scarifie l'oreille de la chèvre, du mouton, de la vache ou de l'enfant en cas de « coup de soleil ». À Djerba et dans certaines médersas du Sahel, on scarifie les deux oreilles dans les hépatites, voire dans l'arthrose. Chez les Bédouins du Sud, on cautérise le pavillon dans le cas de lombalgie (8).

Au Maroc, dans l'ictère, on scarifie l'oreille en faisant saigner. Les bijoutiers de l'Est du Maroc percent le centre du tragus, sur une oreille ou les deux, et posent un fil de cuivre dans les cas de douleurs et de rhumatismes. En cas de baisse de l'audition, on scarifie l'attache inférieure de l'oreille. Il nous a également été rapporté que l'on noue une fibre tirée du palmier (l'herbe qui tient les beignets) en perçant le lobule au point de l'œil pour agir sur la vision. Ces traditions semblent plus vivaces dans les populations berbères.

Toujours au Maroc, on pose un anneau de fer sur le point de l'œil, à l'oreille de l'animal malvoyant. Et si l'animal présente un ictère, on lui coupe le bord de l'oreille.

Ces pratiques traditionnelles ont « *une distribution géographique qui est étrangement calquée sur le trajet qu'ont suivi les armées venues d'Arabie pour islamiser l'Afrique du Nord* » (8).

Oreille et méridiens d'acupuncture

Les méridiens (9)

Pour ce qui est de l'acupuncture traditionnelle chinoise, Bossy signale que « *La médecine traditionnelle orientale semble l'avoir ignorée - la seule allusion à l'auricule dans le Nei Jing note uniquement que tous les méridiens s'y réunissent ; réf. Husson A (1972) Nei Jing Su Wen, Méridiens, Paris* » (4). Précisons que le Nei Jing Su Wen est le premier ouvrage chinois et le premier ouvrage d'acupuncture : on estime qu'il a été écrit au XIII[e] siècle avant J.C.

J.E.H. Niboyet insiste sur le fait que les anciens Asiatiques n'avaient découvert qu'un petit nombre de points cutanés sur le pavillon de l'oreille, « *qui n'étaient pas reliés en un ou des ensembles cohérents* » (10).

L'oreille et les organes en acupuncture

Dans les précieux livres d'acupuncture chinoise, on peut lire (11) :

Ling Shu : « *L'énergie du rein communique avec l'oreille ; quand les reins sont en harmonie, l'oreille peut entendre les cinq sons.* »

Su Wen : « *Le cœur s'ouvre à l'oreille* » *[…]* « *S'il y a vide du Foie par insuffisance d'énergie, les oreilles ne peuvent plus entendre […] Si l'énergie est bloquée, il peut s'en suivre maux de tête, bourdonnements d'oreille, baisse de l'acuité auditive.* »

Classique des difficultés : « *Le poumon est maître des sons […] S'il y a vide du poumon, une surdité peut s'en suivre.* »

Utilisation des points d'oreille en acupuncture traditionnelle chinoise

Avant 1956, « *les Chinois avaient pour habitude de n'utiliser les points d'oreille qu'en cas de maladies des yeux, de la gorge et de maladies accompagnées de fièvre* » (12).

Boucles d'oreilles

En Égypte antique, la déesse Bastet (déesse de l'amour et de la joie) était représentée par des statuettes de chatte portant un anneau d'or à l'oreille (ou dans la cloison nasale).

Une tradition maritime, antérieure à la longue vue, consistait à poser une boucle en or dans le lobule droit (du côté de l'œil directeur) pour améliorer la vue de l'homme de vigie. Voir en premier le bateau ennemi était vital pour les navires marchands (afin d'éviter les pirates), mais aussi pour ces derniers (de façon à détecter leurs proies).

Chez les Incas, l'importance des boucles d'oreilles reflétait le statut social. Plus les personnes étaient puissantes, plus leur lobe de l'oreille était déformé par le poids de ces ornements !

En Occident, au Moyen Âge, la boucle d'oreille a été l'apanage de confréries, corporations et corps de métier.

Rabelais écrit : *« Panurge se feit perser l'aureille dextre à la judaïque, et y attache un petit anneau d'or à l'ouvreige de touchie, au caston (chaton) duquel estoit une pusse enchassée » [...] « J'ai la pusse à l'aureille, je me veulx marier. »*

Au XVIe siècle, le roi Henri III rendit obligatoire le percement des oreilles pour tous ses courtisans...

Dans les campagnes, des boucles aux oreilles des vaches et des brebis étaient censées favoriser la fécondité et protéger le bétail contre de nombreuses maladies.

Dans le sud tunisien, de façon traditionnelle, on pose une boucle d'oreille dans le lobule (au point de l'œil) pour prévenir du trachome, cette affection redoutable conduisant à la cécité.

En Tunisie, chez les Bédouins du Sud, on porte une boucle d'oreille en prévention de rechutes de lombalgie.

À la moitié du XXe siècle, on pouvait voir des pêcheurs vendéens porter des anneaux d'or à l'oreille « *pour protéger leurs yeux des avaries* » (13).

Nous constatons régulièrement une inflammation liée aux boucles d'oreilles (principalement avec les bijoux de fantaisie), chez les malades souffrant de sinusite chronique, de céphalées ou de migraines.

Des cas de chondrite étant rapportés dans la presse médicale à cette mutilation qu'est le percement des oreilles, on devrait éviter d'en percer le cartilage.

Anecdotes

Un client, charcutier de son état et grand amateur de chasse, fut tout heureux de me faire part d'un fait survenu à son chien, fatigué et ne pouvant plus courir. Le vétérinaire a très rapidement détecté une tique fichée dans la conque de l'oreille (territoire innervé par le pneumogastrique). Il a éliminé le parasite, et tout s'est bien arrangé en quelques jours !

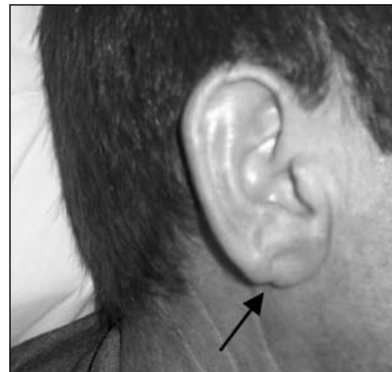


Fig. 10 - L'oreille du maçon Kurde.

Un maçon turc originaire du Kurdistan m'a consulté pour traiter son important tabagisme par auriculothérapie. Avant tout, il a tenu à me préciser qu'il lui manquait un peu du lobe. Trois enfants étant décédés avant sa naissance, sa mère a effectué un geste traditionnel en ce pays « *pour le protéger du mauvais œil* » *:* juste après sa naissance (il y a une quarantaine d'années), elle lui a coupé un petit morceau du lobule de l'oreille droite et l'a mangé aussitôt. Mehmet a survécu et est heureux de vivre (fig.10).

Dans les années 1990, un client retraité me consulte pour une douleur gênante de la totalité du pavillon auriculaire droit, durant depuis trois semaines avec un maximum au point-maître d'allergie. Il exprime un doute sur mon travail de la dernière fois. Or, le dossier montre que l'endroit enflammé n'a pas été piqué à la dernière consultation, il y a six mois. Alors, il relie cette douleur à une chute dans les houx, un mois avant, alors qu'il était à l'affût pour les pigeons. Effectivement, un corps étranger végétal est présent ; son extraction et une désinfectation soigneuse apporteront une prompte guérison. Paul Nogier avait décrit ce point comme étant le « point d'anesthésie du pavillon de l'oreille » ; c'est une preuve *a contrario,* puisque la stimulation septique a créé une douleur !

S.S. le pape Pie XII souffrait d'une hernie diaphragmatique et de hoquet (1, 14). Or, les photos du Saint Père montraient bien une malformation au niveau de la conque (la partie de l'auricule où l'estomac est représenté).

Le général de Gaulle était très populaire en Chine et en Indochine. On le surnomma « *Général Longues-oreilles* » (Qi Xiang) en raison de cette particularité.

Napoléon Bonaparte avait l'habitude paternelle de tirer l'oreille de ses grognards de la grande armée qui avait été les plus valeureux, au soir de la bataille.

Le rôle de Paul Nogier (1908-1996) (1, 14)

Médecin privé lyonnais, ce fils d'un professeur de physique médicale avait débuté des études d'ingénieur avant d'opter pour médecine. S'étant ouvert aux thérapeutiques alternatives, la pratique de la médecine manuelle, de l'homéopathie et de l'acupuncture l'ont mené à interroger et à examiner ses malades avec une grande précision.

C'est ainsi qu'il nota, en 1951, une étrange cicatrice au pavillon de l'oreille, sur le rebord de l'anthélix chez des malades. Ces gens avaient bénéficié à cet

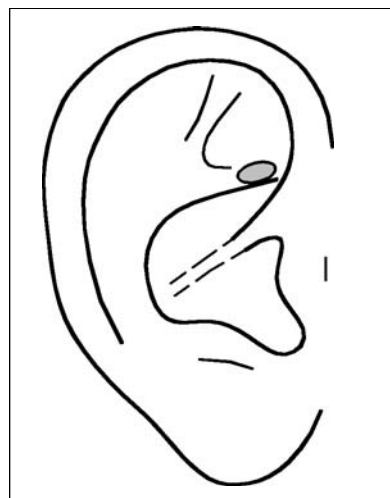


Fig. 11 - Zone de cautérisation de l'anthélix (point dit Barrin).

endroit d'une cautérisation pour la sciatique, du même côté que leur névralgie, et avec succès (fig. 11). Au lieu de rejeter cette pratique empirique, il eut la sagesse de s'en étonner et de s'interroger.

Car les cautérisations étaient pratiquées par une femme qui n'était ni médecin ni soignante, et qui exerçait son art à Marseille, avec des incursions régulières à Lyon. C'était Mme Barrin, la fille d'un employé de l'EDF qui avait rendu un grand service à un Chinois vivant en France. En échange, celui-ci lui donna le secret de la cautérisation de l'anthélix du côté de la névralgie. Inévitablement, Mme Barrin était cette personne colorée présentée comme « Notre Dame des sciatiques » par Fayollat (7).

Les interrogations de Paul Nogier sont la preuve d'un raisonnement scientifique, conforme à la médecine expérimentale de Claude Bernard : « *En effet, une découverte est en général un rapport imprévu, qui ne se trouve pas compris dans la théorie, car sans cela il serait prévu.* » (1, 15).

Plus tard, Paul Nogier comprit que cet endroit de l'anthélix pouvait être en relation avec la charnière lombo-sacrée. Puis, il découvrit une identité entre l'anthélix et la colonne vertébrale. C'était un évident trait de génie ! Par chance, son ami Jacques Niboyet (le maître incontesté de l'acupuncture en France à cette époque) s'est intéressé à cette découverte d'une zone réflexe que ne décrivaient pas les Chinois.

Avant son décès, Mme Barrin avait rencontré Paul Nogier, et lui avait précisé que la cautérisation devait atteindre le cartilage de l'anthélix pour être efficace. De plus, en cas d'échec avec l'anthélix, elle cautérisait la racine de l'hélix.

Niboyet invita Paul Nogier au premier Congrès de la Société méditerranéenne d'acupuncture, en février 1956 à Marseille. « *Le pavillon de l'oreille, zones et points réflexes* » fut la première publication médicale sur l'auriculothérapie (16).

Puis Gerhard Bachmann, de Munich, invita Paul Nogier à une conférence à Wiesbaden en 1956. Le texte fut traduit dans la revue *Deutsche Zeitschrift für Akupunktur,* diffusée mondialement. Ainsi, les Japonais puis les Chinois eurent connaissance de l'auriculothérapie.

Progressivement, inlassablement, Paul Nogier a développé la méthode. De nombreux élèves sont venus du monde entier se presser pour suivre son enseignement à Lyon, au GLEM puis au cours supérieur d'auriculo-médecine (17) ou l'inciter à venir dans leur propre pays.

En 1981, la République française a décerné au Dr Paul Nogier la croix de chevalier de l'Ordre national du mérite pour ses travaux relatifs à l'auriculothérapie. Cette décoration lui fut remise par Pierre Magnin devant une pléiade d'amis, collègues et élèves.

En 1990, il a pu être présent à la réunion de l'Organisation mondiale de la santé (groupe de travail sur la nomenclature en acupuncture auriculaire) à Lyon. Il n'est pas banal qu'un médecin généraliste exerçant en privé et en province soit honoré de son vivant, dans sa ville, par le directeur de l'OMS, en présence de représentants venus du monde entier.

En 1994, Paul Nogier a assisté au premier Symposium international d'auriculothérapie et d'auriculo-médecine, organisé en mai à Lyon par son fils Raphaël et par le GLEM. Plus de 300 participants, venus de trente pays différents, étaient réunis en

cette première et prestigieuse manifestation mondiale consacrée aux techniques découvertes par Paul Nogier. Quatre autres manifestations ont réuni les praticiens du monde entier : à Natal, à Lyon, à Porto Rico, et la plus récente en octobre 2006 à Lyon.

Le développement mondial de l'auriculothérapie

En Chine

L'auriculothérapie étant « *un apport important d'efficacité et de simplicité. Elle démontre et confirme qu'il n'est pas indispensable de se référer à des théories moyenâgeuses pour la pratiquer* » (9), cette approche réflexe arrivait à point nommé à la fin des années 1950 en République populaire de Chine pour être utilisée et bénéficier d'une grande diffusion populaire. À Shanghai, Yeh Hsiao-lin a travaillé sur l'oreille et reconnu la paternité de Paul Nogier (18). Puis l'expérience des millions de médecins aux pieds-nus, les études faites dans les diverses écoles de médecine chinoises, ainsi que les résultats obtenus en analgésie réflexe chirurgicale ont permis un essor tout particulier de cette technique en Chine. Des programmes nationaux ont été élaborés, lancés et poursuivis avec la persévérance qui caractérise les fils du ciel.

Quand l'auriculopuncture chinoise a été introduite en France par des Français, personne n'a pas douté de son origine chinoise. Des similitudes et des différences existent entre les cartographies chinoises et les cartographies de Paul Nogier. Les Chinois ont enseigné dans les autres pays du bloc soviétique, et principalement aux Russes. Ils diffusent leur savoir dans le monde entier.

Dans le monde occidental

Au plan mondial, l'image la plus simple et la plus parlante pour sa diffusion fut la comparaison du pavillon de l'oreille et du fœtus renversé, ce que Paul Nogier nommait « *le gadget* » (fig. 12). Chacun voit bien la relation entre l'oreille et les organes du corps : la tête dans le lobule, les viscères dans la conque, le rachis sur l'anthélix, les membres sur le pavillon.

Parmi les pionniers, Henri Jarricot fut une figure discrète, aux travaux féconds et méconnus. L'apport scientifique de Jean Bossy (Nîmes) fut déterminant pour crédibiliser la méthode (9). En France, d'autres écoles que le GLEM ont eu un grand renom : celles animées par René Bourdiol (19) et par René Kovacs.

Actuellement, le GLEM poursuit sa mission, auréolée par les travaux de Michel Marignan (20). L'association Auriculo. Sans Frontières a effectué des formations en Europe centrale et au Maghreb. Il existe aussi des formations universitaires (DIU



Fig. 12 - Le « gadget », l’oreille et le fœtus (d’après le dessin de R. Bourdiol, dans le « Traité d’auriculothérapie » de P. Nogier).

d’auriculothérapie à Paris XI et Paris XIII, module optionnel d’auriculothérapie au DIU d’acupuncture à Nantes).

L’auriculothérapie est plus ou moins développée selon les pays. L’enseignement y est généralement le fait de structures associatives, plus qu’un enseignement officiel. En Europe, l’école sans doute la plus importante au plan numérique a été fondée en Allemagne par un élève de Paul Nogier, Franck Bahr. De nombreux praticiens ont été formés dans les pays scandinaves, l’Italie, la Belgique et l’Espagne et les pays slaves. En Amérique latine, au Canada et aux États-Unis, au Brésil et en Argentine, un vif intérêt s’est manifesté pour cette méthode.

L’Organisation mondiale de la santé (21)

Sous la direction d’Olayiwola Akérélé, l’OMS a développé un programme relatif aux médecines traditionnelles, pour en étudier la véracité. Pour l’auriculothérapie, une première réunion s’est tenue en 1987 à Séoul, auquel participaient deux Européens : Jean Bossy et Raphaël Nogier.

Puis un groupe de travail d’une quarantaine de membres s’est réuni fin novembre 1990 dans le cadre prestigieux de l’Hôtel de Ville de Lyon. Chargés de normaliser la nomenclature en acupuncture auriculaire, ces experts venus de tous les continents ont entendu Hiroshi Nakajima (directeur général de l’OMS) s’exprimer à la perfec-



Fig. 13 - OMS (Organisation mondiale de la santé). Groupe de travail en acupuncture auriculaire - Lyon - 29 novembre 1990.

tion dans la langue de Molière et reconnaître la paternité indiscutable de Paul Nogier dans la découverte et le développement de l'auriculothérapie, et le remercier en le considérant comme un bienfaiteur de l'humanité (fig. 13).

La connaissance de lieux du corps

Des endroits précis du corps ont été connus en d'autres continents que l'Asie.

En 1991, on a découvert, dans un glacier des Alpes du Tyrol, un chasseur congelé, en excellent état de conservation, qui a été nommé Ötzi. Sa mort a été datée à 5 200 ans. Ötzi était porteur de nombreux tatouages, dont certains étaient placés en des endroits connus pour correspondre à des points ou méridiens d'acupuncture[1]. Issus d'Europe centrale, les Celtes ont eu une civilisation de haut niveau (la Tène, Hallstadt), mais nous n'avons pas de connaissance sur leurs pratiques médicales (22).

En 1955, on a retrouvé en Algérie un squelette datant du Néolithique. Des poinçons de pierre étaient fichés dans le sternum en des lieux correspondant exactement à des points d'acupuncture (23) (*cf.* Annexes p. 313-314).

Ces pratiques, antérieures à l'acupuncture codifiée, devaient mêler l'empirisme et la magie. Ces quelques faits s'ajoutent aux nombreux indices : à l'Âge du Bronze, il

1- The Europèan Journal, *nov. 2005 (9-13)*

existait en Europe et en Asie occidentale des civilisations au raffinement proche de la Grèce antique. Or, les ancêtres des Germains et des Berbères ne pouvaient pas être en relation intime avec des ancêtres des Chinois ! À moins que les nomades, qui sait … ?

Conclusion

L'oreille a été utilisée en médecine traditionnelle dans le bassin méditerranéen : la cautérisation de zones innervées par le trijumeau (V.3) pour la sciatique, la pose dans le lobule de boucles d'oreille pour l'œil, et un rôle dans la fécondité sont les trois constantes.

Toutes ces pratiques traditionnelles ont été colportées par les voyageurs. Inévitablement, nous pensons aux marchands des caravanes des routes de la Soie, et aux marins transportant toutes cargaisons entre les pays connus. La transmission du savoir ancestral se réalise à l'occasion de tels échanges et de toutes les conquêtes guerrières, de même que la colonisation n'a été possible que grâce aux « trois M » (les marins, les marchands et les missionnaires).

Paul Nogier, analysant une recette d'origine chinoise, a découvert, compris et développé l'auriculothérapie. Par son intelligence et son savoir-faire, l'auriculothérapie, découverte en France, est désormais universelle.

Références

1. Nogier PFM (1969) Traité d'auriculothérapie. Maisonneuve, Moulins-lès-Metz
2. Romoli M (2003) Agopuntura Auricolare. Utet, Torino
3. Borsarello J (2005) Traité d'acupuncture. Masson, Paris (p. 265)
4. Huard P, Bossy J, Mazars G (1978) Les médecines de l'Asie. Éditions du Seuil, Paris
5. Cornu P (1990) L'Astrologie Tibétaine. Les Djinns, Paris
6. Mabire J (2004) Les Vikings. L'Ancre de Marine, Louviers (p. 109)
7. Fayollat J (1958) Quand Hippocrate sourit. éd. Roissard, Grenoble (p. 61-4)
8. Farah MA (2000) Soins traditionnels par le pavillon de l'oreille en Tunisie. IIIe Symposium international d'auriculothérapie et d'auriculomédecine. GLEM-EIPN, Lyon (p. 52)
9. Bossy J, Prat-Pradal D, Taillandier J (1984) Les microsystèmes de l'acupuncture. Masson, Paris (p. 11)
10. Niboyet JEH (1984) Rapport sur certaines techniques de soins ne faisant pas l'objet d'un enseignement organisé au niveau national (publié avec l'autorisation de la Direction générale de la santé). Maisonneuve, Sainte-Ruffine. (p. 27)
11. Haffen M (1976) Santé et Médecines Naturelles, Press Méd Europ 1: 442
12. Acupuncture auriculaire (2002) Encyclopædia Universalis France SA
13. Duviard D (1983) Drôle de plaisancerie. Le Cercle d'Or, les Sables-d'Olonne
14. Nogier P, Nogier R (1979) L'homme dans l'oreille. Maisonneuve, Sainte-Ruffine
15. Bernard C (1912) Introduction à l'étude de la médecine expérimentale, 3e éd. Librairie Charles Delagrave, Paris
16. Nogier P (mai 1956) Le pavillon de l'oreille. Zones et points réflexes. Bulletin de la Société d'Acupuncture n° 20, article repris dans la revue Auriculomédecine n° 21 (1980). Maisonneuve, Sainte-Ruffine

17. Rouxeville Y (1981) Index des cours effectués par le Dr Paul Nogier du 27 février 1981 au 9 juillet 1994. Peut être consulté sur www.glem.org
18. Revue auriculo-médecine n° 1 (1975) Maisonneuve, Sainte-Ruffine
19. Bourdiol RJ (1980) Éléments d'auriculothérapie. Maisonneuve, Sainte-Ruffine
20. Actes d'Alba (2003) Sauramps médical, Montpellier
21. World Health Organization (1990). Report of the working group on auricular acupuncture nomenclature. WHO, Genève
22. Rouxeville Y (1968) Contribution à l'étude de la médecine de tradition celtique. Thèse de doctorat en médecine. Faculté de médecine, Angers
23. Borsarello J (1994) Mes combats pour l'acupuncture. Albin Michel, Paris

Morphologie de l'oreille et nomenclature

Y. Rouxeville

Résumé

Le pavillon de l'oreille comporte deux faces. La plus connue est la face latérale (ou externe), l'autre est la face postérieure (dite mastoïdienne). *Un nom de code a été attribué par l'OMS aux différentes parties.* La localisation d'un organe n'étant jamais au même endroit chez tout le monde, on la situe dans un secteur préférentiel où l'on recherchera le point. Ainsi chacun pourra enfin parler du même endroit, sans risque d'erreur.

La nomenclature de l'OMS

Elle a été établie les 28, 29 et 30 novembre 1990, à Lyon, avec l'accord unanime de quarante experts venus des « six » continents de notre planète. En effet, pour l'OMS, l'Amérique du Nord et l'Amérique latine sont deux continents différents (1).

Tous les sigles des zones de l'oreille portent quatre lettres. Les deux premières sont toujours MA (microsystème d'acupuncture), les deux dernières sont un rappel du nom anglais de cette zone. À la face postérieure, la troisième lettre est obligatoirement P. Il s'agit d'un code mondial.

La face latérale (ou face externe)[1] (2)

Au plan de la forme et de l'aspect, elle comporte quatre parties (convexes, concaves, plates) :
– la conque, partie creuse et concave, qui est une sorte d'entonnoir central ;
– cinq parties convexes en relief : l'hélix, l'anthélix, le tragus, l'antitragus, l'échancrure intertragienne ;
– deux parties concaves entre hélix et anthélix : la fosse scaphoïde, la fosse triangulaire ;

1- *Natom Auriculo 1.2PC (2006) Logiciel conçu et réalisé par Geckomédia, Castelnau-le-Lez*

– le lobule qui est plat, et qui est la seule partie non cartilagineuse.

L'hélix (MA-HX) : gros relief qui entoure la majeure partie de l'oreille. Il comporte plusieurs segments :
– il naît dans la conque sous forme d'une crête mousse (la racine de l'hélix) ;
– puis il se dirige en haut et en avant, en prenant une forme de lame arrondie et incurvée (la branche montante) ;
– il se dirige vers l'arrière, puis vers le bas, jusqu'à l'inconstant tubercule de Darwin ;
– enfin, il descend à l'arrière de l'oreille (queue de l'hélix).

La palpation permet de noter des encoches dans le cartilage, facilitant l'identification du point zéro (entre la racine et la branche montante) et du tubercule de Darwin (fig. 1).

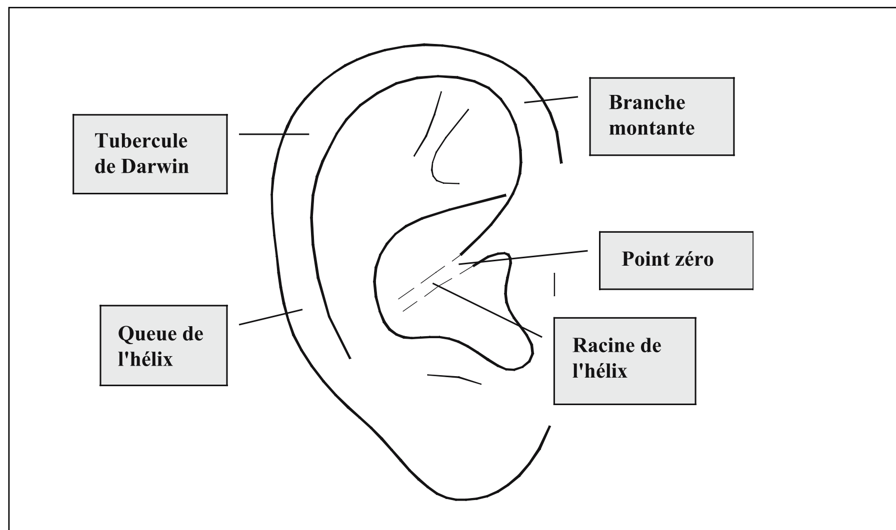


Fig. 1 - L'hélix (MA-HX).

L'anthélix (MA-AH): gros relief qui semble diviser l'oreille en deux. Il comporte plusieurs segments :
– la zone des vertèbres cervicales (C) de section arrondie ;
– la zone des vertèbres thoraciques (Th) de section plate ;
– la zone des vertèbres lombaires et sacrées (L-S) de section aiguë (la racine inférieure) ;
– la racine supérieure (fig. 2).

La palpation permet de noter des encoches sur le cartilage de l'hélix, facilitant l'identification des articulations occipito-atloïdienne (O-C), cervico-thoracique (C-T) et thoraco-lombaire (T-L) (fig. 3).

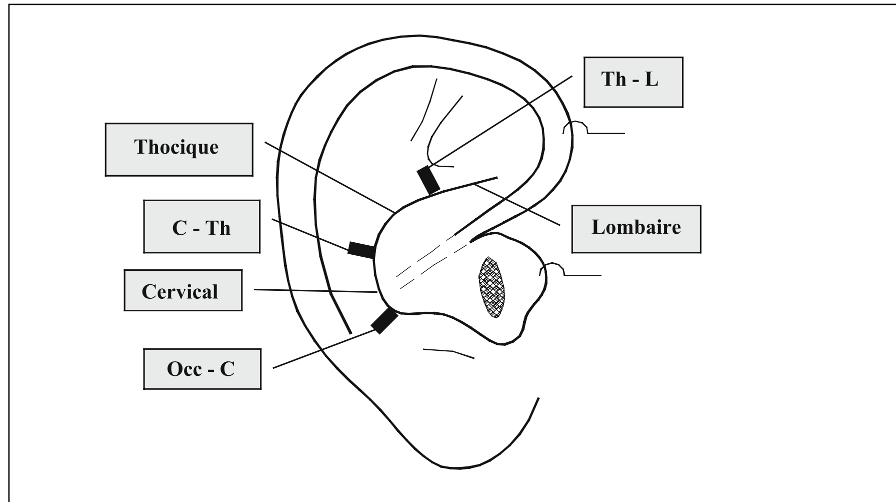


Fig. 2 - L'anthélix (MA-AH).

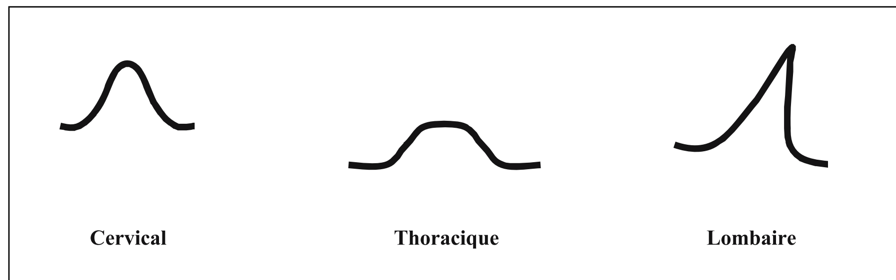


Fig. 3 - Coupes de l'anthélix.

Le tragus (MA-TG) : opercule cartilagineux triangulaire qui s'insère sur la joue. Le sillon prétragien est sa limite antérieure. On nomme sous-tragus sa face cachée, qui masque le conduit auditif externe (fig. 4).

L'antitragus (MA-AT) : masse ovoïde. Il est séparé du lobule par le sillon sous-antitragal, dit « la ligne des sons » (fig. 4).

L'échancrure intertragienne (MA-IT) : pont entre le tragus et l'antitragus (fig. 5).

Le lobule (MA-LO) : la seule partie molle, non cartilagineuse, de l'oreille (fig. 5).

La fosse scaphoïde (MA-SF) : vaste zone concave située entre l'anthélix et sa racine supérieure, et l'hélix (fig. 6).

La fosse triangulaire (MA-TF) : petite zone concave située entre les racines supérieure et inférieure de l'anthélix, et la branche montante de l'hélix (fig. 6).

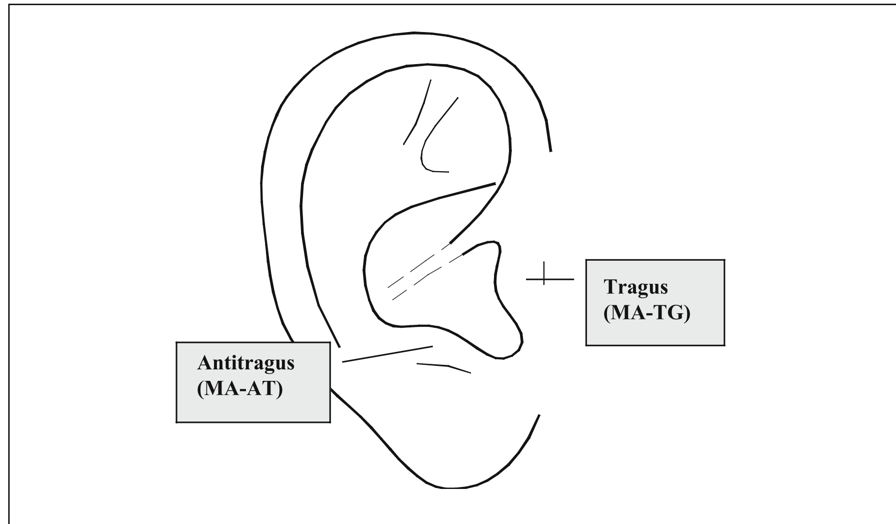


Fig. 4 - Le tragus (MA-TG) et l'antitragus (MA-AT).

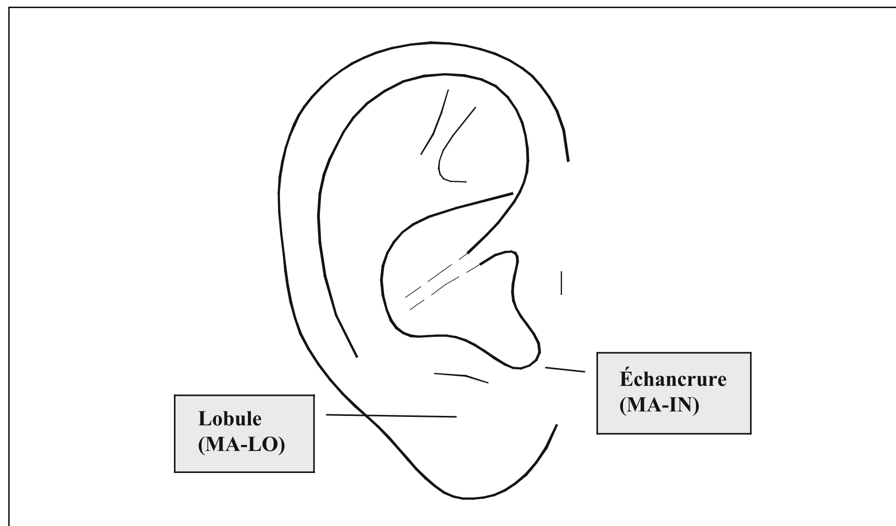


Fig. 5 - L'échancrure intertragienne (MA-IT) et le lobule (MA-LO).

La conque est elle-même divisée en deux zones concaves par la racine de l'hélix :
– demi-conque supérieure (MA-SC), *cymba conchae ;*
– demi-conque inférieure (MA-IC), *cavum conchae* (fig. 7).

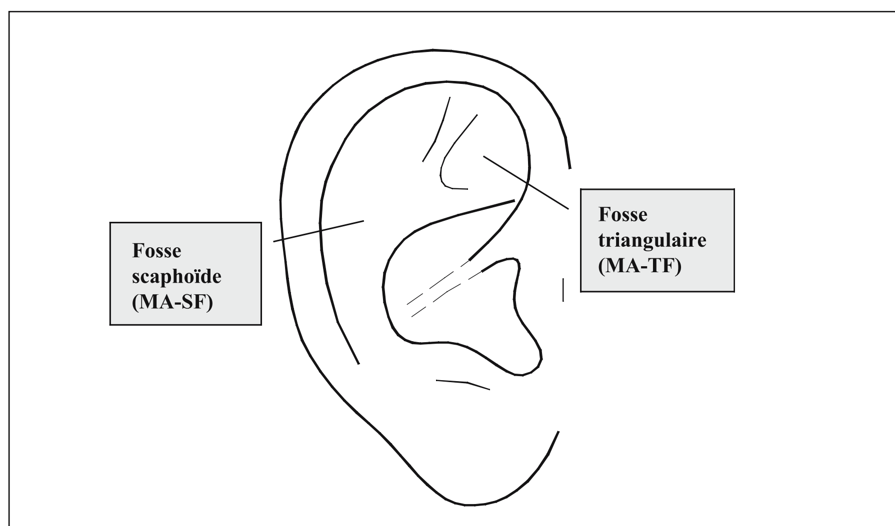


Fig. 6 - La fosse scaphoïde (MA-SF) et la fosse triangulaire (MA-TF).

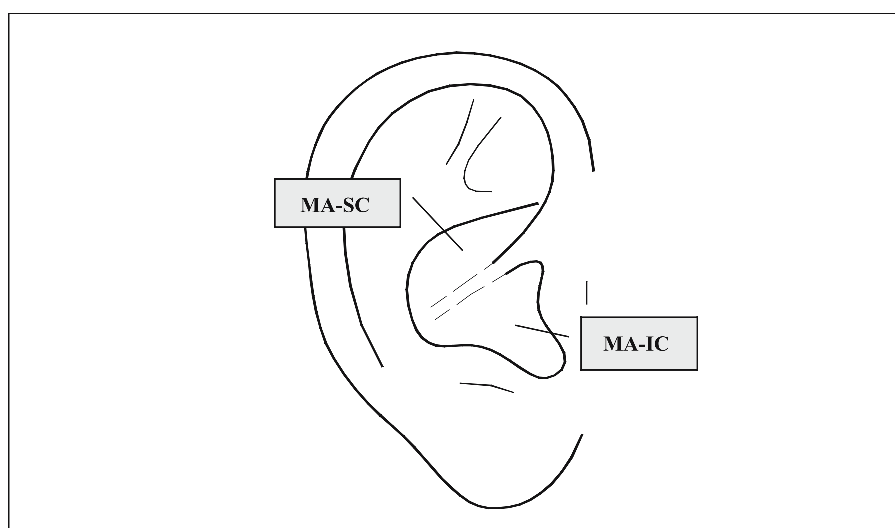


Fig. 7 - La conque (MA-SC et MA-IC).

La conque est bordée par une zone de 1 mm de large, nommée mur de la conque. Cette région frontière (plane), située entre la conque (concave) et l'anthélix, l'antitragus et l'échancrure intertragienne (convexes), est de grande importance réflexe.

La face postérieure[1] (2)

Elle est séparée de la mastoïde par le sillon céphalo-auriculaire. Elle présente une surface plus petite que la face latérale, du fait que la zone d'adhérence crânienne correspond à la moitié de la surface de la conque. Aux concavités de la face latérale correspondent des bosses ; aux convexités de la face latérale correspondent des creux (fig. 8).

La gouttière rétro-anthélicale (MA-PI) : la gouttière située à l'arrière de l'anthélix.

La partie centrale postérieure (MA-PC) : entre la gouttière rétro-anthélicale et le sillon céphalo-auriculaire.

La partie périphérique postérieure (MA-PP) : entre la gouttière rétro-anthélicale et l'hélix.

La partie lobulaire postérieure (MA-PL) : partie molle en dessous des trois autres parties.

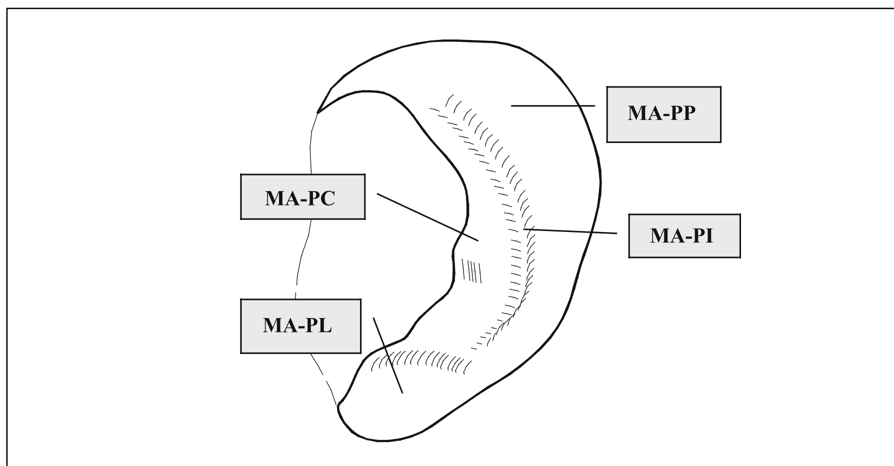


Fig. 8 - Partie postérieure.

Comment préciser ? Le sectogramme de Romoli

Le point est précis, mais il n'est pas fixe. Sa topographie varie chez le même individu en fonction des circonstances, de l'état physiologique, de l'ancienneté des troubles, etc. Les formes d'oreille sont différentes selon les individus.

De plus, l'oreille grandit avec l'âge. Ce fait d'observation bien connu a été confirmé par une étude statistique de généralistes anglais, à la suite d'une interroga-

tion des honorables membres du Royal College of General Practitioners. Ils n'ont apporté aucune explication à ce mystère (3).

Au lieu d'une conception étriquée et dogmatique imposant une place précise à un organe, la notion qui prévaut est celle de retrouver le point dans une zone réflexe probable. Quelle pourrait donc être cette zone ? Certains auteurs ont émis des propositions, afin de positionner un point dans un plan, sur une feuille de papier : schématiser l'oreille avec des coordonnées orthogonales (4), attribuer des numéros à de petites zones (5). L'unanimité ne s'est pas faite, ni dans un cas ni dans l'autre.

La démarche du médecin Italien Marco Romoli est différente. Cet enseignant toscan s'est inspiré de Paul Nogier, qui a décrit « *le rayon* » *:* une ligne partant du point zéro et que nous relions au dermatome (6). Le rayon est un aspect géométrique qui tranche avec la stricte localisation d'un point. Cette notion est parfaitement admise au plan occidental.

Paul Nogier avait décrit douze rayons (à 30° les uns des autres) partant du point zéro. Puis, Durinyan, de Moscou, a repris ce concept et nommé de A à L les douze secteurs auriculaires (7). L'expérience montre que ces secteurs de 30° sont trop vastes.

Marco Romoli a donc proposé le sectogramme, un ensemble de quarante secteurs de 9° (7). Une évaluation a été faite, montrant que c'est le meilleur mode de report sur un dessin de schémas transcrits depuis un tableau ou un écran, ou depuis l'oreille d'un sujet examiné (fig. 9).

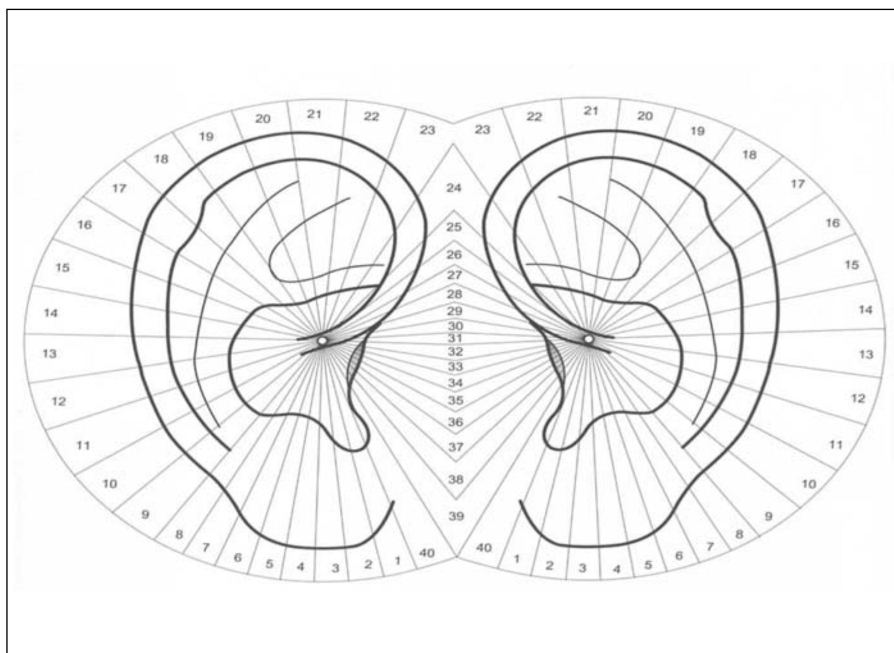


Fig. 9 - Le sectogramme de Romoli.

Une nomenclature moderne

Les noms de code établis par l'OMS en 1990 sont la base incontournable pour préciser les divers endroits de l'oreille. Le sectogramme de Romoli est facile à comprendre et pratique à utiliser. Il suffit de relier ces deux approches complémentaires pour éviter toute confusion et permettre une parfaite compréhension au-delà des frontières et des *a priori.*

Les auteurs du logiciel Natom Auriculo ont fait suivre le numéro du secteur au nom de code de l'OMS. Ainsi, le point de la hanche est à rechercher dans la zone MA-TF 19. Ou encore, le tubercule de Darwin se trouve dans la zone MA-HX 17 et/ou 18. C'est tout simple[1].

Par cet artifice, par cette construction qu'est le sectogramme, ne pourrait-on accorder l'école chinoise et l'école de Nogier, quand leurs avis divergent de 5 mm environ pour les localisations de la hanche, du genou et du pied ? En raison de ce désaccord, le membre inférieur n'est pas représenté sur les cartographies de l'OMS. J'entends encore Jean Bossy nous dire : « *De toute façon, les deux localisations sont bonnes : elles sont sur le même territoire nerveux.* »

Références

1. World Health Organization (1990) Report of the working group on auricular acupuncture nomenclature. WHO, Genève
2. Bourdiol RJ (1980) Éléments d'auriculothérapie. Maisonneuve, Moulins-lès-Metz
3. Vuaille B (1995) Les oreilles grandissent de 0,22 mm par an. le Quotidien du Médecin du 8 janvier 1996, reprenant le British Medical Journal du 23 décembre 1995
4. Kovacs RJH (1983) L'auriculomédecine en consultation journalière. Maloine, Paris
5. Oleson T (1990) Auriculotherapy. Manual Health Care Alternatives, Los Angeles, États-Unis
6. Nogier PFM (1969) Traité d'auriculothérapie. Maisonneuve, Moulins-lès-Metz
7. Romoli M (2003) Agopuntura Auricolare. Utet, Torino (p. 28-32)

Principales données scientifiques pouvant expliquer l'auriculothérapie

Y. Rouxeville

Résumé

Le pavillon de l'oreille dispose d'une innervation particulièrement dense et variée : V3 trijumeau pour le pavillon, X pneumogastrique pour la conque, nerfs cervicaux pour le lobule et la queue de l'hélix, ainsi que le VII bis nerf intermédiaire et le IX glosso-pharyngien.

L'oreille entretient des relations intimes avec le tronc cérébral. La convergence neuronale sur les unités réticulaires et ses liaisons avec la substance grise périaqueducale permettent d'expliquer son importance dans le domaine de l'analgésie.

Le diagnostic auriculaire a été évalué : il est valide, mais pas infaillible.

L'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle a permis de noter la corrélation d'une partie du cerveau et d'une zone de l'oreille. Les travaux en téléthermographie dynamique montrent que l'oreille pourrait avoir un rôle thermorégulateur sur les organes. Les travaux de recherche clinique n'en sont que plus convaincants.

La neurophysiologie. Les travaux de Jean Bossy

Jean Bossy a été neuro-anatomiste à la Faculté de médecine montpellier-Nîmes. Il a toujours tenté d'expliquer l'acupuncture et l'auriculothérapie, de la manière à la fois la plus précise, à l'éclairage de la neuro-anatomie et de la neurophysiologie (1-4). Il a reçu le prix de l'école internationale Paul Nogier en 2000.

La neuro-anatomie de l'oreille

Bossy a décrit l'innervation sensitive de l'oreille. Ses dissections ont été reprises (thèse de M. Séouane, Montpellier 1974). Il a reconnu l'existence de fréquentes variations anatomiques individuelles, et admis la possibilité d'innervation par le nerf intermédiaire VII bis et par le glosso-pharyngien IX (fig. 7 du chapitre écrit par Jean Bossy).

Le pavillon de l'oreille est le seul lieu du corps disposant d'une innervation aussi complexe, essentiellement une triple innervation :

– le nerf auriculo-temporal, branche du trijumeau V 3, orthosympathique, pour le pavillon (support des représentations musculo-squelettiques) et la branche montante de l'hélix ;
– un rameau auriculaire du pneumogastrique X, parasympathique, pour la conque (support de la représentation des viscères) ;
– le grand nerf auriculaire (nerfs cervicaux C1-C2-C3), orthosympathique, pour le lobule (support des localisations ectodermiques) et la queue de l'hélix.

De plus, le pourtour du conduit auriculaire est innervé par le VII bis (nerf intermédiaire), et le tragus par le IX (glosso-pharyngien).

La neurophysiologie

Bossy a toujours insisté sur les phénomènes de convergence sur des unités neurales de la formation réticulaire. Il a précisé et détaillé le rôle fondamental de cette structure nerveuse particulière du tronc cérébral et du sous-cortex (3, 4).

La formation réticulaire est une sorte de une toile d'araignée reliant entre eux directement les centres hypothalamiques, rhinencéphaliques et du tronc cérébral. Les nerfs du pavillon de l'oreille sont impliqués, l'oreille étant une sorte de dérivation par rapport aux voies nerveuses.

La formation réticulaire est en relation étroite avec le tonus, avec le système végétatif (centres respiratoires et circulatoires), ainsi qu'avec les fonctions d'éveil et de sommeil. Elle est en relation étroite avec le noyau rouge, le cervelet, l'hypothalamus et le cortex.

La formation réticulaire a un rôle capital et non spécifique :

« *Il n'est pas possible de donner une explication aux microsystèmes d'acupuncture, à l'auriculopuncture, à partir de l'organisation des centres primaires… Aussi est-il indispensable de faire appel aux centres supra segmentaires… La formation réticulaire apparaît comme le seul centre permettant d'en comprendre les mécanismes d'action.* » (4). Le pavillon de l'oreille recueille les informations périphériques passant par les nerfs crâniens et la formation réticulaire. Sur les unités réticulaires convergent à la fois les influx venant du corps et les influx venant du pavillon de l'oreille (fig. 1).

Le phénomène de convergence peut être compris de la façon suivante. Sur une même unité réticulée d'influx provenant d'organes malades et de zones cutanées de l'oreille, les très nombreuses informations éloignées les unes des autres arrivant sur la même unité nerveuse seront associées, combinées et traduites en une information unique. Ce phénomène permet d'expliquer deux anomalies apparentes des cartographies : plusieurs organes peuvent avoir la même localisation à l'oreille. De même, des cartographies différentes ne seront pas obligatoirement fausses (*cf.* chapitre du Pr Bossy, fig. 13).

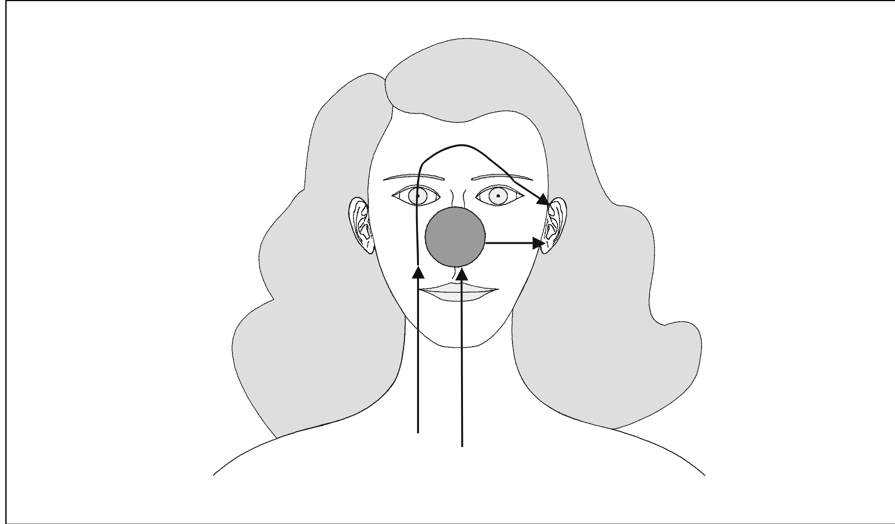


Fig. 1 - L'oreille recueille les informations périphériques passant par les nerfs crâniens et la réticulée.

L'auteur médical

Bossy, rigoureux linguiste médical, auteur d'un livre fondamental préfacé par J.C. Sournia (5), nous a toujours conseillé l'emploi des mots justes. En particulier, il l'a précisé à l'égard du mot « *projection* » trop souvent utilisé à la place du terme exact qui est « *représentation* », pour éviter un contresens et l'incompréhension des neurologues !

Ses deux ouvrages parus chez Masson (3, 4) sont épuisés. Malgré tout, de nombreux collègues français ou étrangers les considèrent comme des références. Ces deux ouvrages nous ont apporté l'explication médicale de l'auriculothérapie et des microsystèmes réflexes de l'acupuncture.

L'universitaire

Jean Bossy a créé le diplôme inter universitaire d'acupuncture en 1990. Lors de cette création dans de nombreuses universités françaises, il a souhaité la création parallèle d'un diplôme inter universitaire d'auriculothérapie. Ses propositions n'ayant pas reçu l'écho souhaité, il a tenu à laisser la possibilité de créer, au sein du DIU d'acupuncture, et dans les universités le souhaitant, une unité de valeur optionnelle d'auriculothérapie (à savoir une présentation limitée et non exhaustive de la méthode).

L'analgésie réflexe et son transfert plasmatique (6, 7)

Pierre Rabischong a dirigé l'unité 103 de l'Inserm à Montpellier, de 1972 à 1992. Parmi les recherches qu'il a dirigées, nous retiendrons celles qui furent effectuées par Claudie Terral dans le cadre de l'analgésie réflexe.

La stimulation par l'électricité d'aiguilles posées sur les oreilles d'un lapin a permis l'analgésie de la patte postérieure droite de ce lapin. Les premiers signes de cette analgésie apparaissaient en 20 minutes pour être manifestes en 30 minutes. Il s'agit bien d'une analgésie, car l'animal ne présente pas de signes de paralysie ni de troubles de la vigilance. Cependant, la réponse motrice est réduite, en cas de stimulation mécanique du mollet.

Dans un second temps, du plasma prélevé chez ce lapin « donneur » a été injecté à un autre lapin. Ce lapin « receveur » a présenté une analgésie à la même patte postérieure droite ! Le fait que cette analgésie apparaissait dans le même temps et persistait quelques heures à quelques jours, fit penser à un phénomène neurosécrétoire. la conclusion était qu'il devait exister des neurotransmetteurs type enképhaline d'origine métamérique capables de contrôler la douleur dans les différents métamères (fig. 2).

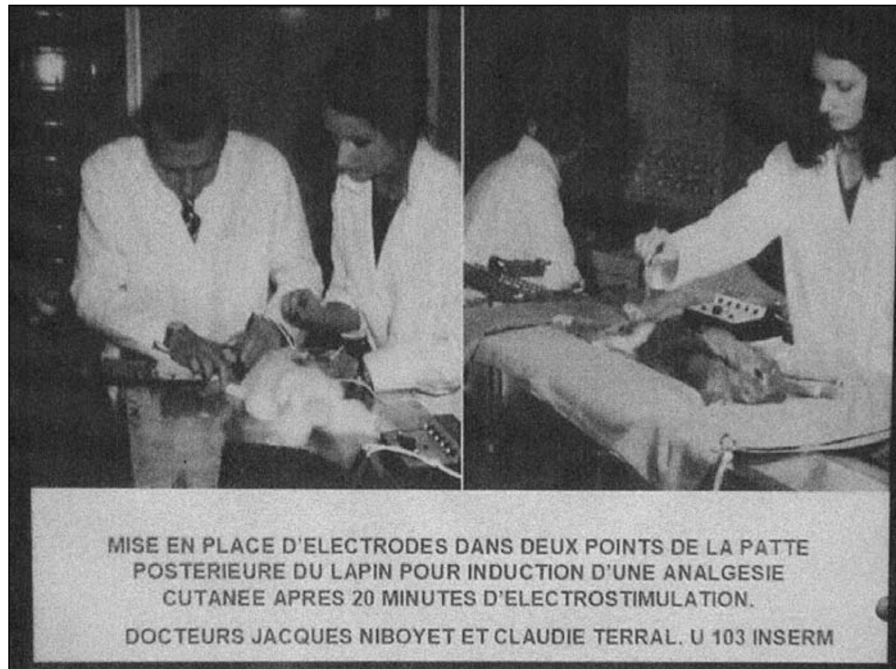


Fig. 2 - Transfert plasmatique de l'analgésie chez le lapin par Claudie Terral. Unité 103 de l'Inserm, dirigée par le Pr Pierre Rabischong. Avec l'aimable autorisation du Pr Pierre Rabischong.

L'équipe de l'unité 103 de l'Inserm a pratiqué en juillet 1974 le premier transfert plasmatique d'un animal stimulé à un receveur n'ayant reçu aucun traitement. La naloxone n'inhibait pas les effets de ce type d'analgésie. Les recherches se sont poursuivies au centre Sanofi pour isoler les substances actives responsables.

Nous tenons à signaler que Pierre Rabischong avait préfacé le livre-princeps relatif à l'auriculothérapie, le fameux « *Traité d'auriculothérapie* » de Paul Nogier, paru en 1969. Pierre Rabischong (et son équipe) a reçu le prix de l'école internationale Paul Nogier en 2003.

Les explications neurophysiologiques de Durinyan (8)

Ce chercheur russe (Moscou) a apporté un faisceau de preuves scientifiques irréfutables pouvant expliquer l'action des stimulations de l'oreille et leur mode d'action.

L'innervation si particulière de l'oreille explique pour lui qu'à son avis, la réflexothérapie auriculaire serait plus efficace que la seule réflexothérapie somatique. Ce neurophysiologiste russe nous a bien expliqué que l'oreille est une zone réflexogène unique, en raison de son innervation complexe qui fait intervenir des nerfs crâniens (V, VII, IX, X) et des nerfs cervicaux (C1, C2, C3).

Durinyan a insisté sur les liaisons de l'auricule avec la substance grise périaqueducale (SGPA) « l'une des principales formations antinociceptives du cerveau ».

Ces voies nerveuses sont des voies à double sens, qui vont informer l'oreille à partir du système nerveux central, et dont les stimulations vont être transmises au système nerveux central, puis au système nerveux périphérique. D'où l'importance de la projection des nerfs sensitifs auriculaires sur les formations centrales du cerveau, et sur la formation réticulaire du tronc cérébral. Cette formation a un rôle bien connu comme régulateur multiple de nombreuses fonctions (digestive, respiratoire, circulatoire, éveil, etc.).

Il a étudié l'effet cérébral des stimulations auriculaires, chez le chat anesthésié à l'éther et mis sous respiration artificielle, en mesurant les potentiels évoqués (PE).

Ses premiers travaux sur le chat

La stimulation électrique de points auriculaires augmente l'activité de populations de neurones de la SGPA (effet analgésique).

La stimulation électrique de points auriculaires augmente les PE de la SGPA, alors que les PE sont peu augmentés par la stimulation électrique de points somatiques.

Cela donne à croire que l'effet analgésique de l'auriculothérapie est dû à l'excitation de neurones de la SGPA. Ces stimulations ont un effet analgésique, mais restent sans effet sur les sensations tactiles.

La stimulation de la pulpe dentaire du chat

Les études du nerf auriculaire (branche du trijumeau V) à l'aide du microscope électronique et grâce aux potentiels évoqués (PE), lui ont fait penser que les fibres A-delta y sont en nombre dominant.

Il excite électriquement des rameaux auriculaires du V (pulpe dentaire du chat) et étudie les PE du tronc cérébral chez l'animal anesthésié :

– la stimulation de la partie de l'oreille innervée par le V excite directement le noyau caudal du V, le noyau latéral et le noyau paramédian ;
– en 15 minutes d'électroacupuncture auriculaire, l'amplitude des PE diminue de plus de 2 fois et demie ;
– l'électroacupuncture somatique est beaucoup moins active pour inhiber les PE.

Il conclut que l'action analgésiante de l'auriculothérapie se traduit au niveau de la substance grise périaqueducale, et non pas par un mécanisme segmentaire de type « *gate-control* ».

Les vérifications faites à l'ITERC

La vérification des effets de l'auriculothérapie passe par l'expérimentation animale. Deux études ont été menées à l'Institut de thérapeutique expérimentale et de recherches cliniques, à Montrouge. Elles ont été effectuées sur le lapin.

Les potentiels évoqués (PE) sont toute modification électrique recueillie au niveau des aires corticales et sous-corticales du cerveau, en réponse à la stimulation d'un organe des sens, d'un point sur une voie sensitive ou de tout autre centre cérébral.

Dans ces expériences, la stimulation électrique auriculaire est faite à basse fréquence pendant 10 minutes à l'aide du stimulateur chinois G 6805 (9).

Les PE sont recueillis au niveau ventro-postéro-latéral du thalamus (VPL) à la suite de la stimulation du nerf sciatique. Ils présentent une baisse d'amplitude statistiquement significative à la fin des 10 minutes de stimulation auriculaire et dans les 5 minutes qui suivent son arrêt. Puis ils présentent une valeur comparable à leur valeur initiale avant stimulation.

Les PE sont recueillis au niveau du VPL du thalamus à la suite de la stimulation de la pulpe dentaire. Ils présentent une baisse d'amplitude qui n'est statistiquement significative que 5 minutes après l'arrêt de la stimulation auriculaire. Puis ils présentent une valeur comparable à leur valeur initiale avant stimulation.

La stimulation directe du thalamus pour recueillir une réponse du cortex montre que l'amplitude du PE n'est pas diminuée, ce qui tenterait à montrer que le blocage de la transmission sensorielle se situe entre la périphérie et le thalamus, et non pas entre le thalamus et le cerveau.

Afin d'étudier si l'auriculothérapie (modifiant les PE) pourrait avoir un effet cérébral sur l'électrogenèse, la même expérience a été pratiquée chez le singe. Après analyse spectrale en termes d'énergie, on note que les pourcentages relatifs des quatre bandes de fréquences lues sur l'électroencéphalogramme (α, β, θ, δ) sont identiques. Cette vérification a permis à J. Cahn de conclure que « *l'effet de l'auriculothérapie s'exerce sur les voies de transmission de la douleur, sans effet dépressif sur le cortex cérébral* »[1].

Recherche du transfert plasmatique d'analgésie (10)

On effectue une stimulation du nerf sciatique (au niveau du muscle gastrocnémien) chez le lapin, et l'on recueille les PE (électrodes fixées la veille de l'expérimentation à travers la table osseuse crânienne, au niveau de la dure-mère dans les aires pariétales et occipitales).

Une stimulation électrique (G 6805) a été effectuée pendant 30 minutes sur deux aiguilles placées au lieu de représentation métamérique des membres inférieurs du pavillon de l'oreille, chez des lapins. L'analgésie apparaît quand la stimulation auriculaire est maintenue 30 minutes.

Dans les minutes qui suivent l'arrêt de la stimulation électrique, on prélève du sang artériel chez le lapin « donneur ». On le centrifuge, et l'on injecte 10 mL du plasma, par voie intraveineuse, à un lapin « receveur ». Aucune stimulation électrique n'a été faite chez les lapins « receveurs ».

L'amplitude des potentiels évoqués au niveau du cerveau est réduite par rapport à celle obtenue avant l'injection de plasma. Cet effet s'observe dans les 30 minutes qui suivent l'injection du plasma. Il est statistiquement significatif au niveau du sciatique homolatéral. Les résultats sont en accord avec les études réalisées par Rabischong *et al.* en 1975.

On n'a pas noté de variation statistiquement significative des réponses obtenues chez les lapins « receveurs » de celles obtenues chez les lapins « donneurs ». Cet effet dépresseur signe la réalité d'un effet analgésique.

L'évaluation du diagnostic auriculaire (11, 12)

Cette étude a été réalisée au Pain Control Unit, UCLA, School of medicine de Los Angeles, sous la direction de Terrence D. Oleson, et acceptée le 21 janvier 1980 par UCLA. Il s'agit d'une expérience en double aveugle portant sur 40 sujets examinés. Douze points relatifs aux représentations musculo-squelettiques ont été recherchés sur l'oreille externe, ce qui fait 480 évaluations différentes.

1- Film « Stress, douleur, acupuncture, auriculothérapie » réalisé pour le GLEM par Éric Duvivier

Les sujets présentaient une douleur, et ignoraient la cartographie auriculaire. Ils étaient interrogés par un premier médecin qui note le siège des douleurs alléguées, puis examinés par un second médecin. Ce dernier examine les seules oreilles du malade. Ultérieurement, les deux médecins se confrontaient pour comparer leurs informations.

Définition du diagnostic auriculaire

Deux examens ont été pratiqués. Au plan clinique, on a effectué la recherche de la douleur provoquée, à l'aide du palpeur à pression. Au plan des examens paracliniques, on a fait la recherche de zones en baisse de résistance électrique, à l'aide d'un détecteur électrique.

Résultats observés

Trois fois sur quatre (75,2 %), une concordance a été notée (à l'aveugle) entre la douleur ressentie et la recherche de la douleur au palpeur. Cela prouve bien la réalité du diagnostic auriculaire.

Quatre fois sur cinq (79,7 %) une concordance été notée entre la baisse de résistance électrique du même côté dans les douleurs unilatérales. Ce fait oriente notre recherche des points malades de préférence à l'oreille du côté de la douleur (tableau I).

Tableau I - Correspondances établies par T. Oleson (résistance électrique).

Concordance entre la baisse de résistance électrique sur le point d'oreille du même côté qu'une douleur unilatérale	79,7 %

Pour la recherche de la douleur provoquée

Que la douleur soit récente ou ancienne, la concordance de trois fois sur quatre (75,2 %) a été notée entre la douleur ressentie et le diagnostic au palpeur. Parmi eux, l'identification exacte a été notée pour 37 sujets sur 40 (92 %) ; les trois sujets restants ayant un nombre égal d'identifications exactes et inexactes (tableau II).

Le diagnostic auriculaire n'est donc pas infaillible, puisqu'il n'est pas exact à 100 %. Dans le quart des malades chez lesquels la concordance n'a pas été observée, on observe une répartition comparable (chacune pour moitié) des deux anomalies suivantes :

– 12,9 % de points détectés au palpeur, alors que le sujet examiné ne souffrait pas de cette zone corporelle. Nous les classerons de « faux positifs » ;

Tableau II - Correspondances établies par T. Oleson (point douloureux à la pression).

Type de réponse	*Classification*	*Pourcentage*
Douleur trouvée sur l'endroit correspondant	Reconnaissance exacte (361 sur 380)	75,2 %
Douleur trouvée sur un autre endroit	« Faux positifs »	12,9 %
Pas de douleur retrouvée	« Faux négatifs »	11,9 %

– 11,9 % de sujets souffraient sans que la douleur ne soit retrouvée au palpeur. Nous les classerons comme « faux négatifs ».

Il est logique d'envisager une explication de ces cas en les reliant aux phénomènes de douleurs rapportées et de douleurs référées (*cf.* chapitre mode d'action). De manière réductrice, on peut simplifier ainsi :

– douleur locale : à cet endroit topographique (ex. la fesse pour la hanche) ;
– douleur rapportée : sur ce territoire nerveux (ex. la fesse pour une névralgie sciatique) ;
– douleur référée : sur un autre territoire nerveux (ex. la fesse pour une sinusite).

Conclusions apportées par UCLA

L'évaluation a permis de conclure que :

– le diagnostic auriculaire n'est pas un phénomène *placebo ;*
– le diagnostic auriculaire n'est pas une suggestibilité de type hypnotique ;
– le diagnostic auriculaire n'est pas infaillible, mais valide. Il n'est pas certain à 100 % ;
– il y a une preuve patente de l'existence d'un système de points.

Les travaux de Michel Marignan en téléthermographie dynamique (13)

Michel Marignan a travaillé dans le cadre du Centre national de recherche scientifique (CNRS) de Marseille. Il a mis au point les bancs de mesure et utilisé une caméra de thermovision expérimentale, prévu l'enregistrement en continu du flux numérique. Le premier (et sans doute le seul) au plan mondial, il a décrit les phénomènes suivants qu'il a exposé au Symposium de 1994 à Lyon, puis au Congrès de Brno en 1996.

À la fermeture des yeux

La thermogenèse est modifiée :
– élévation de température en bord d'oreille moyenne et basse (2 à 3 °C) ;
– élévation de température sur l'hélix (1 à 2 °C) ;
– baisse de température dans l'hémi-conque inférieure.

À l'ouverture des yeux

La thermogenèse est également modifiée :
– élévation de température en bord d'oreille moyenne et haute (2 à 3 °C) ;
– élévation de température sur le tragus (1 à 2 °C) ;
– baisse de température dans l'hémi-conque supérieure (2 à 3 °C).

Éclairage de l'oreille par une lampe flash

Après ce choc thermique direct :
– les cheveux montent en température ;
– la majorité de l'oreille monte légèrement en température (régulation thermique) ;
– paradoxalement, certains points baissent en température, ce phénomène de régulation thermique active restant inexpliqué (fig. 3).



Fig. 3 - D'après Marignan : en téléthermographie dynamique, effet de l'éclairage direct de l'oreille deux zones baissent en température.

Réactions de l'oreille au chauffage de l'avant-bras à 55 °C

Après avoir chauffé la peau par une résistance électrique :

– l'hémi-conque inférieure devient plus froide ;
– trois zones chaudes apparaissent (fig. 4).

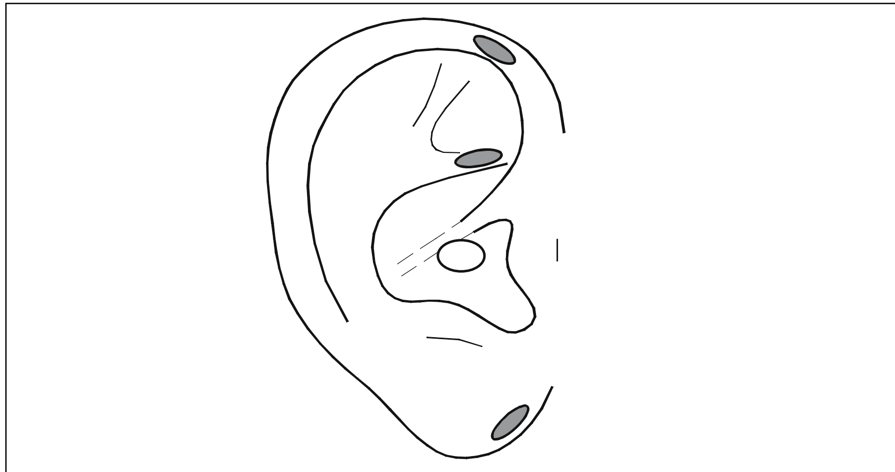


Fig. 4 - D'après Marignan : en téléthermographie dynamique, effet d'une résistance chauffante sur l'avant-bras. Trois zones montent en température, une zone baisse en température.

À la disparition de la nociception thermique ci-dessus

C'est l'inverse qui se manifeste :
– l'hémi-conque inférieure devient plus chaude ;
– les trois zones chaudes se refroidissent.

NB. Les zones qui changent en température dans ces deux derniers tests ne sont pas connues pour correspondre à la zone cutanée stimulée.

En conclusion

Michel Marignan a bien montré un certain nombre de phénomènes :
– il a prouvé que le pavillon de l'oreille est l'écho de changements de rythme cérébral, de modifications physiologiques ;
– il a prouvé que l'oreille est un lieu privilégié de la réactivité de l'organisme au plan thermique.

Mais cela pose une question : quel est le rôle de l'oreille dans la régulation de l'organisme ? L'oreille pourrait avoir un rôle thermorégulateur sur les organes.

Les travaux de David Alimi en imagerie par résonance magnétique fonctionnelle

David Alimi a souhaité « *tenter d'apporter une caution scientifique, neurophysiologique, à l'efficacité de notre discipline* » (14, 15).

Pour aider à financer cette étude, Alimi a demandé une aide financière, aide accordée par le GLEM et l'EIPN le 28 janvier 2000.

Les signaux cérébraux d'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) ont été recueillis sur dix sujets sains, volontaires et bénévoles. On a implanté une aiguille en or massif de 0,4 mm de diamètre (non magnétique) à l'oreille et fait les contrôles par ce procédé d'imagerie. Un sujet a été exclu, en raison d'attaque de panique lors du test. Alimi signale chez les neuf sujets, que « *la corrélation constamment retrouvée, entre la localisation somatotopique du pouce sur l'aire somatosensorielle rolandique S1, et sa représentation à l'oreille* ».

La recherche clinique appliquée

Elle est en prise sur la réalité, et ne peut exister sans les recherches fondamentales scientifiques. C'est une étape obligée, dans le cadre de la médecine expérimentale. Nous avons choisi de ne retenir que les quelques publications nous semblant les plus démonstratives.

Les travaux de Khider en obstétrique (16)

L'auriculothérapie est utile en de nombreux domaines. Les publications de Khider en sont l'exemple même. En particulier les enregistrements de la contractions utérines et des battements cardiaques fœtaux sont une évidence. Il faut également préciser que, pour l'époque, cette étude princeps était d'une qualité assez rare au sein des médecines alternatives !

Selon Khider, l'auriculothérapie permet :
– des contraction cliniques et à l'enregistrement ;
– la possibilité de déclenchement du travail ;
– l'absence de souffrance fœtale pendant le travail ;
– la délivrance spontanée dans les 3 minutes et sans hémorragie.

Les publications de David Alimi dans la douleur chez les cancéreux

David Alimi est chargé de consultation et de recherche au service d'analgésie de l'institut Gustave Roussy de Villejuif. En 2000, il a publié une première étude, tout à fait remarquable.

Elle a porté sur vingt patients insuffisamment soulagés par une pharmacothérapie de paliers 2 ou 3 de l'OMS poursuivie au moins un mois, et dont l'intensité de la douleur à l'échelle visuelle analogique (EVA) restait supérieure ou égale à 30 mm. Onze de ces douleurs étaient neuropathiques (plexite brachiale postradiothérapie et trois anesthésies douloureuses de la face postchirurgicale). Le traitement a été fait par des aiguilles semi-permanentes. Il y a eu dix-huit améliorations sur vingt cas.

On a constaté une baisse des scores d'EVA de 34 mm (EVA moyenne 73,63 avec pharmacothérapie, EVA moyenne 40,5 mm avec association pharmacothérapie et auriculo-acupuncture). Une action a été notée sur l'intensité des douleurs, mais aussi sur l'état thymique des malades ! Ce travail signifie une amélioration du service médical rendu (ASMR) de niveau 2, soit « *une amélioration importante en termes d'efficacité thérapeutique* » (17).

Une nouvelle étude a confirmé la précédente. Il s'agit d'une étude d'évaluation montrant l'efficacité de l'auriculothérapie faite par des aiguilles semi-permanentes sur des points détectés électriquement, *versus* double *placebo* (soit des aiguilles semi-permanentes posées sur des points factices, soit des graines posées sur des points factices) (18).

Les travaux de Yunsan Meas dans la lombalgie chronique (19)

Cette étude de satisfaction a été réalisée auprès des patients souffrant de lombalgies chroniques, ayant consulté à la consultation multidisciplinaire du CETD du CHU de Nantes. La satisfaction globale de l'auriculo-acupuncture est en moyenne à 7,5. Le niveau de satisfaction est à 8 chez ceux qui admettent une composante psychique dans leurs douleurs. La conclusion de cette étude est que : « *Globalement, la preuve est faite de l'utilité des techniques par auriculo-acupuncture dans les centres antidouleur.* »

Les publications de Takemasa Shiraishi sur l'obésité (20)

Après avoir effectué des expériences chez le rat, cet auteur japonais a montré l'intérêt de la puncture bilatérale par aiguilles semi-permanentes posées aux points en baisse d'impédance dans la demi-conque inférieure, chez des hommes volontaires et d'obésité moyenne.

Les travaux de nombreux praticiens et chercheurs (21)

André Lentz a fait une compilation de titres, éditée sous forme de livre en 2000. Actuellement, il dispose d'un nombre plus conséquent de références. À ce jour, 1 334 titres et acubriefs, dont 669 en anglais. Il s'agit d'une base de données spécifiques à exploiter.

Une étude multicentrique sur la migraine est en cours (*cf.* Annexes, p. 321-323)

Depuis plusieurs années, l'efficacité de l'acupuncture dans le traitement de la migraine a été démontrée de plusieurs manières (ECR, *open study,* etc.). L'expérience nous montre que l'auriculothérapie est fréquemment utile dans la migraine. Marco Romoli a initié une « *Étude multicentrique européenne ouverte (open study) sur l'efficacité de l'acupuncture auriculaire dans la migraine sans aura* ». Au moment où nous écrivons ces lignes, deux centres italiens (Bologne et Gènes) et deux centres français (Nantes et Clermont-Ferrand) sont retenus.

Jusqu'où doit-on admettre les ECR et l'EBM ?

Dans sa thèse de médecine, Sandra Prieur-Eche critique à la fois les essais contrôlés et randomisés et l'*evidence based medicine.* L'E.B.M. est un concept utile et intéressant dans le cas de pathologies simples et organiques. En revanche, il en est autrement chez les malades fonctionnels, chez les malades chroniques, et dans le cas de pathologies pluricausales. De plus, les thérapeutiques alternatives s'accommodent mieux d'études faites au profit de la recherche en qualité de la vie. Cette thèse, soutenue par la FAFORMEC, le GLEM et l'EIPN, est une approche intéressante (22).

En conclusion

Faisant le rappel de travaux souvent anciens et généralement méconnus ou ignorés, nous pouvons conclure que :

– l'oreille dispose d'une innervation complexe, à la fois orthosympathique et parasympathique ;
– il existe des contacts directs entre l'oreille et le système nerveux central ;
– il existe sur l'oreille une représentation réflexe, en miroir, des organes. Il s'agit d'une cartographie ;

– en auriculothérapie, le diagnostic et la thérapeutique utilisent les voies nerveuse et vasculaire ;
– l'oreille a un rôle dans la régulation thermique ;
– l'auriculothérapie a montré son efficacité, en particulier dans la douleur.

Références

1. Bossy J (1971) Considération neuro-anatomiques et neuro-embryologiques pouvant servir de base aux réflexothérapies cutanées. Actes des VII[e] journées d'acupuncture, d'auriculothérapie et de médecine manuelle (Besançon 1970). Maisonneuve, Moulins-lès-Metz
2. Bossy J (1994) Considérations anatomiques et embryologiques sur l'auricule de l'homme. Annales du premier Symposium international d'auriculothérapie et d'auriculo-médecine. Revue Asclépios numéro hors-série. Haug international, Bruxelles
3. Bossy J (1993) Bases neurobiologiques des réflexothérapies, 3[e] édition. Masson, Paris
4. Bossy J, Pradal-Prat D, Taillandier J (1984) Les microsystèmes de l'acupuncture. Masson, Paris
5. Bossy J (1999) La grande aventure du terme médical. Sauramps médical, Montpellier
6. Terral C, Rabischong P (2003) Rôle fonctionnel des points de moindre résistance électrique du revêtement cutané dans la régulation homéostasique. Actes d'Alba. Sauramps médical, Montpellier (p. 138-41)
7. Rabischong P, Niboyet JEH, Terral C *et al.* (1975) Bases expérimentales de l'analgésie acupuncturale. Nouvelle Presse Médicale 4: 2021
8. Durinyan RA (1980) À propos de quelques mécanismes physiologiques mis en jeu par la médecine auriculaire. Revue auriculo-médecine n° 18, Maisonneuve, Sainte-Ruffine
9. Nogier P, Corcelle A, Cahn J *et al.* (1980) Expériences sur le lapin à l'Institut de thérapeutique et de recherches cliniques (ITERC) Revue auriculo-médecine n° 18, Maisonneuve, Sainte-Ruffine
10. Borzeix G, Labos M, Harte C (1981) Recherche de transfert sérique d'analgésie (ITERC). Revue auriculo-médecine n° 24, Maisonneuve, Moulin-lès-Metz
11. Oleson TD, Kroening RJ, Bresler DE (1980) An experimental evaluation of auricular diagnosis : The somatotopic mapping of musculoskeletal pain at ear acupuncture points. Pain Control Unit and Pain Management Clinic, Department of Anesthesology. UCLA School of Medicine, Los Angeles, Calf. 90024 (USA). Pain 8: 217-29
12. Oleson TD, Kroening RJ, Bresler DE (1980) Évaluation expérimentale du diagnostic auriculaire : la géographie somatotopique de la douleur musculo-squelettique aux points auriculaires d'acupuncture. Revue auriculo-médecine n° 20, Maisonneuve, Moulin-lès-Metz
13. Marignan M, Bismuth W, Chezeaux C *et al.* (2003) Apport de la téléthermographie dynamique du pavillon de l'oreille humaine à la mise en évidence de phénomènes régulatifs localisés à la peau. Actes d'Alba. Sauramps médical, Montpellier
14. Alimi D, Geissmann A, Gardeur D (2001) Action de l'auriculothérapie sur la douleur (Institut Gustave Roussy). Vérification des localisations par IRM fonctionnelle Actes du Ve Congrès national de la FAFORMEC, Nantes
15. Alimi D *et al.* (2002) Auricular acupuncture stimulation measured on functional magnetic resonance imaging. Med Acupuncture 13: 18-21
16. Khider (1981) Application de l'auriculothérapie en obstétrique. Revue auriculo médecine n° 23, Maisonneuve, Moulin-lès-Metz
17. Alimi D, Rubino C, Pichard-Leandri PE *et al.* (2000) Analgesic effect of auricular acupuncture for cancer pain. J Pain Symptom Manage. Elsevier, New York
18. Alimi D, Rubino C, Pichard-Léandri E *et al.* (2003) Analgesic effect of auricular acupuncture for cancer pain : A randomized, blinded, controlled trial. J Clin Oncol 21: 4120-6
19. Meas Y (2000) Apport de l'auriculo-acupuncture dans le traitement de la douleur. Évaluation au centre anti-douleur du CHU de Nantes. III[e] Symposium international d'auriculothérapie et d'auriculomédecine, Lyon

20. Shiraishi T (2000) Effects of bilateral acupuncture stimulation on body weight in healthy volunteers and mildly obese patients. IIIe Symposium international d'auriculothérapie et d'auriculomédecine, Lyon
21. Lentz A (2000) Bibliographie d'acupuncture auriculaire. A. Lentz, Dijon (actualisé 2006)
22. Eche-Prieur S (2002) L'évaluation en acupuncture et acupuncture auriculaire. Bénéfices et limites. Discussion. Thèse de doctorat en médecine, Paris 7

Essais cliniques randomisés et méta-analyses en auriculothérapie

Y. Meas (Tchang Chi Cheng)

Le bilan de nos recherches

À l'heure actuelle, nous avons répertorié exactement 53 ECR (essais cliniques randomisés contre *placebo*, etc.) concernant l'auriculothérapie.

Leur répartition est bien le reflet de nos pratiques hospitalières. Bien que la majorité des publications soient anglo-saxonnes et extrême-orientales, nos confrères ont les mêmes soucis de validation de nos méthodes de pratiques.

En lisant le chapitre sur la place de l'auriculothérapie dans la pratique hospitalière, vous noterez que notre mode d'exercice est tout à fait dans les mêmes axes thérapeutiques et de recherche publiés.

Cinquante-trois ECR en auriculothérapie en mars 2007, c'est peu me direz-vous ! Certes, mais c'est le reflet de notre discipline. Il y a plus de cliniciens et de thérapeutes, mais nous ne sommes pas forcément de bons chercheurs. Et nous n'avons pas forcément l'envie de communiquer ce que nous savons ou trouvons. Là est notre point faible.

Nous profitons de ce paragraphe pour inviter nos confrères à publier et faire partager leur acquis pour rattraper les 1 446 ECR en acupuncture relevés dans le même temps.

Fin février 2007, le Collège français d'acupuncture (CFA) a eu le plaisir de référencer des ECR et méta-analyses montrant et confirmant l'efficacité l'acupuncture en général et l'auriculothérapie en particulier. Nous avons désormais le label de l'*Evidence Based Medecine*.

Ces 53 ECR peuvent être divisés en quatre grands axes : douleur, addiction, anxiété-insomnie, divers :

– **douleur : 26 ECR** dont 15 sur l'appareil locomoteur, 7 sur la préanesthésie, 3 sur les douleurs dentaires et oropharyngée, 1 sur les douleurs lors des prélèvements d'ovocytes dans la fécondation *in vitro* ;
– **addiction : 14 ECR** dont 10 sur la cocaïne, 2 sur l'alcool, 1 pour le sevrage tabagique et 1 pour le sevrage médicamenteux ;
– **anxiété : 3 ECR** et **insomnie : 2 ECR** ;
– **le reste : 8 ECR** répartis pour des pathologies diverses telles que l'apnée du sommeil, les troubles végétatifs sympathiques, les problèmes ophtalmiques, les prurits dermatologiques, les troubles digestifs fonctionnels…

Il y a des ECR sur des sujets mixtes, douleur, préanesthésie, locomoteur et/ou gynécologie.

Ces ECR témoignent de l'efficacité de l'auriculothérapie sur la douleur dans tous les domaines (préventive et / ou thérapeutique), nous pensons que cela est lié par son mode d'action endorphinique déterminant et cette hypothèse se renforce par les publications de l'intérêt de l'auriculothérapie dans les sevrages et conduites addictives pour les drogues telles que la cocaïne et le tabac.

Liste des 53 ECR comptabilisés

1. Sator-Katzenschlager S, Michalek-Sauberer A (2007) P-Stim auricular electroacupuncture stimulation device for pain relief Expert rev. Med. Devices
2. Usichenko TI, Kuchling S, Witstruck T *et al.* (2007) Auricular acupuncture for pain relief after ambulatory knee surgery : a randomized trial. CMAJ, january 16, 176(2): 179
3. White A, Moody R (2006) The effects of auricular acupuncture on smoking cessation may not depend on the point chosen - an explory meta-analysis Acupuncture in Medicine ; 24(4): 149-56
4. White A, Foster N, Cummings M, Barlas P (2006) The effectives of acupuncture for osteoarthritis of knee - a systematic review Acupuncture in Medicine ; 24(suppl): S40-8
5. Goertz Ch (2006) Auricular acupuncture in the treatment of acute pain syndromes : a pilot study Military Medecine, vol. 171
6. Sator-Katzenschlager S, Wolfler MM, Kozek-Langenecker SA *et al.* (2006) Auricular electro-acupuncture as an additional perioperative analgesic method during oocyte aspiration in IVF treatment Hum Reprod Advance Access Publisched May 5
7. Ceccherelli F, Tortora P, Nassimbeni C *et al.* (2005) The therapeutic efficacy of somatic acupuncture is not increased by auriculotherapy: a randomised, blind control study in cervical myofascial pain. Complement Ther Med. 14(1): 47-52. Epub 2005 Aug 16
8. Barker R, Kober A, Hoerauf K *et al.* (2006) Out-of-hospital auricular acupressure in elder patients with hip fracture: a randomized double-blinded trial. Acad Emerg Med. 13(1): 19-23. Epub 2005 Dec 19
9. Usichenko TI, Dinse M, Hermsen M *et al.* (2005) Auricular acupuncture for pain relief after total hip arthroplasty - a randomized controlled study. Pain. 114(3): 320-7
10. Yang H (2004) Dan zhi xiao yao yin combined with auricular-point-pressing for treatment of optic atrophy-a clinical observation of 51 cases. J Tradit Chin Med. 24(4): 259-62
11. Wang SM, Maranets I, Weinberg ME *et al.* (2004) Parental auricular acupuncture as an adjunct for parental presence during induction of anesthesia. Anesthesiology. 100(6): 1399-404
12. Romoli M, Ridi R, Giommi A (2003) Electromyographic changes in bruxism after auricular stimulation. A randomized controlled clinical trial. Minerva Med. 94(4 Suppl 1): 9-15. Italian
13. Sator-Katzenschlager SM, Scharbert G, Kozek-Langenecker SA *et al.* (2004) The short- and long-term benefit in chronic low back pain through adjuvant electrical versus manual auricular acupuncture. Anesth Analg. 98(5): 1359-64, table of contents
14. Berman AH, Lundberg U, Krook AL *et al.* (2004) Treating drug using prison inmates with auricular acupuncture: a randomized controlled trial. J Subst Abuse Treat. 26(2): 95-102
15. Wang XH, Yuan YD, Wang BF (2003) Clinical observation on effect of auricular acupoint pressing in treating sleep apnea syndrome Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi. 23(10): 747-9. Chinese
16. Alimi D, Rubino C, Pichard-Leandri E *et al.* (2003) Analgesic effect of auricular acupuncture for cancer pain: a randomized, blinded, controlled trial. J Clin Oncol. 2003 Nov 15;21(22):4120-6
17. Sator-Katzenschlager SM, Szeles JC, Scharbert G *et al.* (2003) Electrical stimulation of auricular acupuncture points is more effective than conventional manual auricular acupuncture in chronic cervical pain: a pilot study. Anesth Analg. 97(5): 1469-73
18. Kim Y, Kim CW, Kim KS (2003) Clinical observations on postoperative vomiting treated by auricular acupuncture. Am J Chin Med. 31(3): 475-80

19. Trumpler F, Oez S, Stahli P *et al.* (2003) Acupuncture for alcohol withdrawal: a randomized controlled trial. Alcohol Alcohol. 38(4): 369-75
20. Suen LK, Wong TK, Leung AW, Ip WC (2003) The long-term effects of auricular therapy using magnetic pearls on elderly with insomnia. Complement Ther Med. 11(2): 85-92
21. Kober A, Scheck T, Schubert B *et al.* (2003) Auricular acupressure as a treatment for anxiety in prehospital transport settings. Anesthesiology. 98(6): 1328-32
22. Suen LK, Wong TK, Leung AW (2002) Effectiveness of auricular therapy on sleep promotion in the elderly. Am J Chin Med. 30(4): 429-49
23. Wong AM, Leong CP, Su TY *et al.* (2003) Clinical trial of acupuncture for patients with spinal cord injuries. Am J Phys Med Rehabil. 82(1): 21-7
24. Taguchi A, Sharma N, Ali SZ *et al.* (2002) The effect of auricular acupuncture on anaesthesia with desflurane. Anaesthesia. 57(12): 1159-63
25. Bier ID, Wilson J, Studt P *et al.* (2002) Auricular acupuncture, education, and smoking cessation: a randomized, sham-controlled trial. Am J Public Health. 92(10): 1642-7
26. Killeen TK, Haight B, Brady K *et al.* (2002) The effect of auricular acupuncture on psychophysiological measures of cocaine craving. Issues Ment Health Nurs. 23(5): 445-59
27. Margolin A, Avants SK, Holford TR (2002) Interpreting conflicting findings from clinical trials of auricular acupuncture for cocaine addiction: does treatment context influence outcome? J Altern Complement Med. 8(2): 111-21
28. Bullock ML, Kiresuk TJ, Sherman RE *et al.* (2002) A large randomized placebo controlled study of auricular acupuncture for alcohol dependence. J Subst Abuse Treat. 22(2): 71-7
29. Greif R, Laciny S, Mokhtarani M *et al.* (2002) Transcutaneous electrical stimulation of an auricular acupuncture point decreases anesthetic requirement. Anesthesiology. 96(2): 306-12
30. Margolin A, Kleber HD, Avants SK *et al.* (2002) Acupuncture for the treatment of cocaine addiction: a randomized controlled trial. JAMA. 287(1): 55-63
31. Wang SM, Peloquin C, Kain ZN (2001) The use of auricular acupuncture to reduce preoperative anxiety. Anesth Analg. 93(5): 1178-80, table of contents
32. Lun X, Rong L (2000) Twenty-five cases of intractable cutaneous pruritus treated by auricular acupuncture. J Tradit Chin Med. 20(4): 287-8. No abstract available
33. Wang SM, Kain ZN (2001) Auricular acupuncture: a potential treatment for anxiety. Anesth Analg. 92(2): 548-53
34. Wan Q (2000) Auricular-plaster therapy plus acupuncture at zusanli for postoperative recovery of intestinal function. J Tradit Chin Med. 20(2): 134-5
35. Avants SK, Margolin A, Holford TR *et al.* (2000) A randomized controlled trial of auricular acupuncture for cocaine dependence. Arch Intern Med. 160(15): 2305-12
36. Tanaka O, Mukaino Y (1999) The effect of auricular acupuncture on olfactory acuity. Am J Chin Med. 27(1): 19-24
37. Bullock ML, Kiresuk TJ, Pheley AM *et al.* (1999) Auricular acupuncture in the treatment of cocaine abuse. A study of efficacy and dosing. J Subst Abuse Treat. 16(1): 31-8
38. Otto KC, Quinn C, Sung YF (1998) Auricular acupuncture as an adjunctive treatment for cocaine addiction. A pilot study. Am J Addict. 7(2): 164-70
39. Young MF, McCarthy PW (1998) Effect of acupuncture stimulation of the auricular sympathetic point on evoked sudomotor response. J Altern Complement Med. 4(1): 29-38.
40. Margolin A, Avants SK, Birch S *et al.* (1996) Methodological investigations for a multisite trial of auricular acupuncture for cocaine addiction: a study of active and control auricular zones. J Subst Abuse Treat. 13(6): 471-81
41. Gurevich MI, Duckworth D, Imhof JE *et al.* (1996) Is auricular acupuncture beneficial in the inpatient treatment of substance-abusing patients? A pilot study. J Subst Abuse Treat. 13(2): 165-71
42. Avants SK, Margolin A, Chang P *et al.* (1995) Acupuncture for the treatment of cocaine addiction. Investigation of a needle puncture control. J Subst Abuse Treat. 12(3): 195-205
43. Lipton DS, Brewington V, Smith M (1994) Acupuncture for crack-cocaine detoxification: experimental evaluation of efficacy. J Subst Abuse Treat. 11(3): 205-15

44. Washburn AM, Fullilove RE, Fullilove MT *et al.* (1993) Acupuncture heroin detoxification: a single-blind clinical trial. J Subst Abuse Treat. 10(4): 345-51
45. Simmons MS, Oleson TD (1993) Auricular electrical stimulation and dental pain threshold. Anesth Prog. 40(1): 14-9
46. King CE, Clelland JA, Knowles CJ *et al.* (1990) Effect of helium-neon laser auriculotherapy on experimental pain threshold. Phys Ther. 70(1): 24-30
47. Lein DH Jr, Clelland JA, Knowles CJ *et al.* (1989) Comparison of effects of transcutaneous electrical nerve stimulation of auricular, somatic, and the combination of auricular and somatic acupuncture points on experimental pain threshold. Phys Ther. 69(8): 671-8
48. Noling LB, Clelland JA, Jackson JR *et al.* (1988) Effect of transcutaneous electrical nerve stimulation at auricular points on experimental cutaneous pain threshold. Phys Ther. 68(3): 328-32. Erratum in: Phys Ther 1988 Jul; 68(7): 1145
49. Krause AW, Clelland JA, Knowles CJ *et al.* (1987) Effects of unilateral and bilateral auricular transcutaneous electrical nerve stimulation on cutaneous pain threshold. Phys Ther. 67(4): 507-11
50. Oliveri AC, Clelland JA, Jackson J *et al.* (1986) Effects of auricular transcutaneous electrical nerve stimulation on experimental pain threshold. Phys Ther. 66(1): 12-6. Erratum in: Phys Ther 1986 Apr; 66(4): 579
51. Melzack R, Katz J (1984) Auriculotherapy fails to relieve chronic pain. A controlled crossover study. JAMA. 251(8): 1041-3
52. Lewith GT, Field J, Machin D (1983) Acupuncture compared with placebo in post-herpetic pain. Pain. 17(4): 361-8
53. Baum J, Schilling A (1979) Combined-electrostimulation-hypalgesia in surgery of the lumbar vertebral column. A tentative evaluation of this method (author's transl). Anaesthesist. 28(5): 227-36. German

Particularités du « point d'oreille »

Y. Rouxeville

Résumé

Les organes du corps sont représentés dans des zones de l'oreille. Au sein d'une zone, un point sera particulièrement impliqué. C'est une microstructure organisée inconstante, comportant des filets nerveux et des vaisseaux (le complexe neurovasculaire).

Le point peut être douloureux à la pression. La peau du point correspondant à un organe malade présente une baisse variable de résistance électrique cutanée.

La manifestation d'un point pourrait être liée à une hypoxie et à une ischémie de l'organe correspondant, consécutives à une dégradation du Redox.

Le pavillon est divisé en trois territoires. Les organes y sont représentés en fonction de leur correspondance embryologique, mais un point peut avoir un caractère plurifocal.

Particularités physiques

L'auriculothérapie consiste à traiter des zones du pavillon auriculaire, dans lesquelles un point est reconnu anormal ou pathologique. Quelles sont les particularités de ces points par rapport à leur environnement ? Comment reconnaître leur caractère anormal ? Comment comprendre leur action sur un endroit du corps, ou au plan général ?

L'étude anatomo-histologique du point d'acupuncture

Sous l'influence de Pierre Rabischong, René Sénélar et Odile Auziech ont réalisé des études à l'unité 106 de l'Inserm, à Montpellier. Ils ont montré qu'anatomiquement, le point existe (1, 2).

Les microdissections montrent que le derme est fait d'un tissu conjonctif comportant de nombreuses fibres collagènes. La densité du collagène explique la résistance de la peau au passage du courant électrique. Ces fibres sont moins denses au niveau des points de faible résistance (le disque dermo-épidermique), ce qui favorise le passage des charges électriques. Au centre de ce disque, on note une zone centrale d'environ un mm^2 où la résistance est minimale.

Sous le disque dermo-épidermique, une sorte de cheminée comporte divers éléments. C'est un complexe neurovasculaire comportant artériole, filets nerveux, veinule et fente lymphatique. De nombreuses fibres nerveuses amyéliniques entourent les vaisseaux. Des nerfs à gaine de myéline (système nerveux autonome : SNA) sont également présents. Il peut atteindre 2 mm de diamètre (fig. 1).

Sur le corps, cette cheminée est une colonne torsadée de 1,2 à 2,5 cm de long, reliée au disque dermo-épidermique, qui s'enfonce vers les aponévroses musculaires. Parfois, elle est parallèle à la peau. Là aussi, les fibres collagènes sont peu denses, d'où la baisse de résistance électrique.

L'artériole et les terminaisons nerveuses sont très proches : le microscope électronique permet de noter un quasi-contact entre fibres nerveuses myélinisées et éléments vasculaires. Dans 80 % des cas, on retrouve des anastomoses (glomus, shunts). En revanche, les mécanorécepteurs ne sont pas répartis avec une abondance particulière au niveau des points d'acupuncture.

Pour les points auriculaires, Sénélar et Auziech ont noté que les vaisseaux sanguins sont plus tassés que sur le corps, et plus mêlés aux fibres nerveuses myélinisées. De plus, il y a souvent passage des vaisseaux entre les deux faces de l'oreille.

Dans le monde entier, les complexes neurovasculaires sont nommés « points de Sénélar ». Cependant, les complexes neurovasculaires n'existent pas sous tous les points d'acupuncture ou d'auriculothérapie.

En corollaire

Dans le cas d'un trouble de l'organe correspondant à cet endroit de l'oreille, on comprend facilement que l'artériole ou le filet nerveux soient altérés et ainsi que le point soit détectable. Les complexes neurovasculaires (en particulier auriculaires)

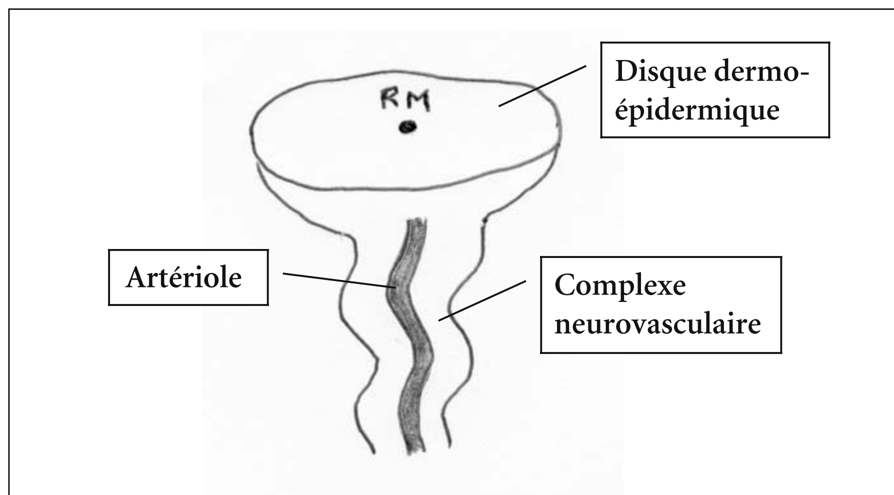


Fig. 1 - Schéma du prélèvement d'un point d'acupuncture disque dermo-épidermique : baisse de résistance RM = résistance minimum « le point » (d'après O. Auziech et R. Sénélar).

reçoivent les informations transmises par les artères et les nerfs. L'unité de l'arbre artériel découverte par Leriche permet de comprendre qu'une artériole de l'oreille puisse présenter en un endroit une vasoconstriction (par spasme artériolaire) ou une vasodilatation, en miroir à une perturbation en un endroit du corps. La vasoconstriction et la vasodilatation peuvent modifier la teneur en ions dans les tissus environnants, et ainsi modifier leur résistance électrique.

La transmission de l'influx nerveux s'effectue jusqu'aux terminaisons nerveuses. L'information transmise par les fibres nerveuses sera détectable sur un point auriculaire.

Le traitement du point aura pour but de perturber le complexe neurovasculaire, afin de modifier le fonctionnement de l'organe correspondant. On comprend aisément qu'une action sur le point pourra déterminer des effets divers :
– importance de la stimulation des éléments nerveux neurovégétatifs périvasculaires ;
– action sur les canaux sodium, potassium, calcium, voltages-dépendants, donc sur la circulation de l'influx nerveux ;
– information du système immunitaire (cellules de Langerhans, fentes lymphatiques).

La stimulation d'un point du pavillon auriculaire pourra donc agir sur les étages supérieurs du système nerveux central, sur le système autonome, sur les zones éloignées du corps.

NB. Certains complexes neurovasculaires ne présentent pas de moindre résistance électrique. Sénélar et Auziech ont bien précisé que leur correspondance n'est pas systématique. De même, tous les points ne sont pas des complexes neurovasculaires.

Les variations ponctuelles de résistance électrique du point

Les caractéristiques électriques des points d'acupuncture ont été étudiées dans les années 1950. C'est essentiellement à Jacques Niboyet que nous devons un travail de grande valeur scientifique. Ses découvertes sont le support de nos connaissances actuelles : les points d'acupuncture somatique ont la propriété de présenter une baisse de résistance électrique (3, 4).

La résistance électrique cutanée étant complexe, nous la dénommerons désormais impédance. Chaput a mesuré les variations du point par rapport à son environnement (5) :
– au centre du point, 30 000 à 350 000 ohms ;
– à 2 mm du point, 150 000 à 1 500 000 ohms (rapport de 1 à 5) ;
– à 10 mm du point, 450 000 à 5 000 000 ohms (rapport de 1 à 10).

Les points d'acupuncture somatique sont détectables en baisse d'impédance quelque soit l'état de santé. Ils persistent chez le cadavre.

Au pavillon de l'oreille, seuls quelques points maîtres (dont le point zéro et le point oméga) sont détectables en baisse d'impédance chez toute personne. En revanche, l'expérience nous enseigne que la détection en baisse d'impédance de points d'organes n'est positive que dans les cas où le fonctionnement de cet organe est perturbé.

La valeur de la résistance varie selon les conditions physiologiques : cette valeur varie avec le cycle menstruel au niveau des points Utérus et Ovaires (6). De plus, une relation a été établie entre l'importance de la baisse d'impédance et l'importance de la perturbation du point.

Les détecteurs électriques actuels sont dits différentiels, car ils comparent l'impédance du point et l'impédance des zones environnantes. « *Pour être fiables, cette méthode de détection nécessite l'utilisation d'appareils pourvus de gammes étendues de réglage afin d'adapter la sensibilité de la détection à chaque sujet et à chaque zone de l'auricule* » (7, p. 29).

Les bio-potentiels cutanés (la charge électrique)

En 1960, Becker (Syracuse, États-Unis) a exposé ses mesures des biopotentiels cutanés de la salamandre. En 1961 Cantoni (Brétigny-sur-Orge) a poursuivi ces mesures chez l'être humain. Vers 1958, Paul Nogier a utilisé le même appareil : un microvoltmètre électronique Hewlett-Packard avec électrodes impolarisables Ag-Cl^2Ag de résistance un million de mégohms, aux terminaisons emplies de solution saline pour la mise en contact avec la peau du sujet. Les potentiels électriques s'expriment en millivolts (mV). Paul Nogier nous a enseigné avoir seulement découvert, après 60 à 80 000 mesures, que :
– normalement, les points symétriques ont une différence de potentiel (fig. 2A) ;
– en cas de pathologie, le potentiel est comparable à droite et à gauche (fig. 2B).

Le point d'acupuncture émet des signaux électriques (8-10)

Utilisant un détecteur à courant direct (principe du pont de Wheatstone) et à courant sinusoïdal, et utilisant une électrode de référence en magnésium, Claudie Terral a observé sur oscilloscope plusieurs profils de courbes I.f (V). Elle a noté plusieurs types de courbes correspondant à des états physiologiques stables ou instables.

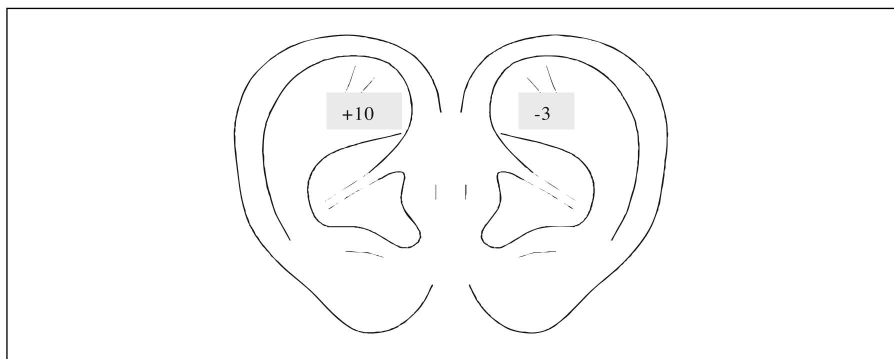


Fig. 2A - Potentiels électriques sur des points d'oreille normaux (en mV).

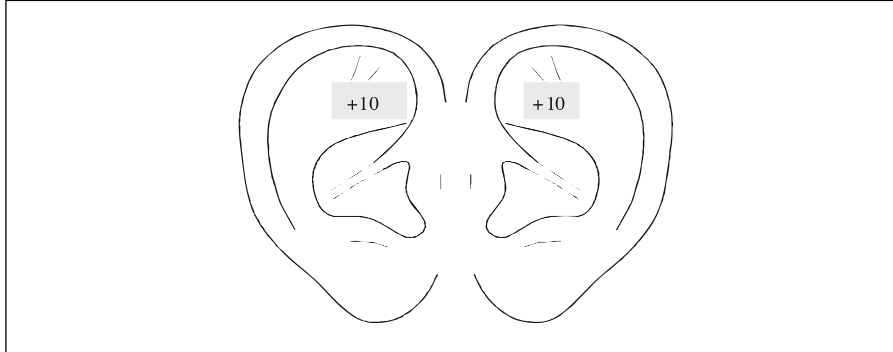


Fig. 2B - Potentiels électriques sur des points d'oreille pathologiques (en mV).

Des points peuvent être repérés avec un effet diode simple, ou à un effet thyristor. L'activité électrique réactionnelle du point peut aussi permettre d'observer un effet tunnel, un effet diode-tunnel, ou une courbe à effet supraconducteur et générateur de courant. Toutes ces activités électriques spécifiques sont bien la traduction d'une activité particulière du point.

Particularités cliniques

Le point d'oreille correspondant à la douleur est douloureux à la pression (11)

Henri Jarricot a décrit les dermalgies réflexes, souffrance viscérale référée qui nous permet de relier une zone cutanée à un organe malade. Ainsi, la palpation abdominale avec le procédé du palper-roulé permettra une aide au diagnostic. La peau est un indicateur viscéral, un miroir viscéral. Il en est de même à l'oreille.

Toute inflammation périphérique se traduit par un point auriculaire douloureux à la pression. On effectuera une pression comparable dans les divers endroits. Cette pression peut être large et manuelle (les doigts de l'examinateur) ou très précise et instrumentale (un stylet métallique dont l'extrémité a une section de 1 mm^2).

L'appui de ce stylet sur le pavillon, à une pression de 150 à 250 g/mm^2, n'est pas douloureux. En revanche, cette pression est très douloureuse si elle est exercée sur un point correspondant à une douleur périphérique. C'est le fameux « signe de la grimace » au caractère de brûlure anxiogène parfaitement désagréable. En pratique, nous utilisons un dispositif médical approprié, le palpeur à pression, taré à 250 g/mm^2.

La correspondance de la douleur provoquée est la méthode d'expérimentation développée par Paul Nogier. Elle comporte quatre temps successifs (fig. 3) :

– exploration de l'oreille : chez un droitier ne souffrant pas des genoux, nous explorons à l'aide du palpeur à pression la fosse triangulaire à l'oreille droite. Nous ne découvrons aucun point douloureux à cette pression (fig. 3A) ;
– pose d'une pince à linge : elle pince la peau à l'avant du genou droit ;
– nouvelle exploration de l'oreille : la pression devient douloureuse en un point précis, situé au centre de la fosse triangulaire, en général au bout d'une minute. Cette douleur à la pression devient de plus en plus aiguë au fur du temps. C'est le « signe de la grimace » (fig. 3B) ;
– exploration après dépose de la pince à linge : petit à petit, la pression sur le centre de la fosse triangulaire devient insensible (fig. 3C).

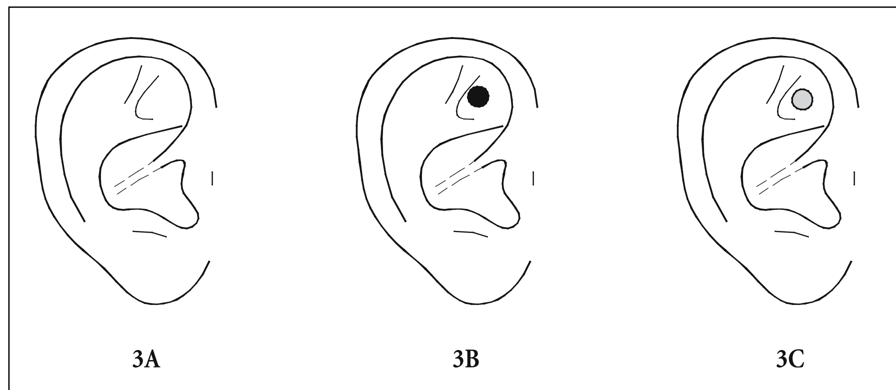


Fig. 3 - Correspondance de la douleur provoquée.

Bourdiol conclut (12, p. 70) sans appel : « *Ainsi, il est démontré que, en l'absence de tout processus pathologique, un stimulus nociceptif somatique induit un point particulier au niveau du pavillon. Ce point dépend bien uniquement du stimulus, puisque d'une part il accroît ses propriétés synalgiques proportionnellement à la durée de la stimulation périphérique, et, d'autre part, il disparaît avec elle.* »

Cette méthode d'exploration, élégante et reproductible, est toujours réalisable. En un mot, elle emporte la conviction. Cette technique a également permis d'établir des cartographies, avec une approche physiopathologique. Cette approche médicale est probante.

Le point douloureux est contemporain de l'affection (6, 11, 12, 14)

Dans l'appendicite, il apparaît en 2 à 24 h après le début des symptômes (en moyenne 12 h). Le point douloureux disparaît quand la douleur disparaît. Chez les malades chroniques, on pourra trouver des points différents en période aiguë. Pour cette raison, il est intéressant d'examiner les malades chroniques en dehors des poussées inflammatoires ou douloureuses : les points en relation avec la chronicité ne sont pas écrasés par une foule de points apparus en situation aiguë.

Le point peut s'accompagner de modifications cutanées observable à l'œil nu (6, 7, 14)

De même que l'aspect général de l'oreille est en corrélation avec l'âge et l'état du sujet examiné (l'oreille flasque et ridée des gens âgés), on peut examiner à la recherche de signes ponctuels. Cette méthode a été privilégiée par les remarquables observateurs que sont les Chinois. Ils ont décrit : érythème et turgescence (cas aigus), papules blanches en creux (cas chroniques), petite verrue ou coloration grise (tumeurs), desquamations (dermatoses), stries blanches ou grises (cicatrices). Ces modifications peuvent essentiellement être notées chez les malades chroniques.

Ces signes, souvent absents, sont négligés par la majorité des praticiens occidentaux. L'intérêt de l'inspection est relancé depuis une récente publication italienne. Catia Matucci a noté la relation entre les taches de pigmentation mélanique et les dysmorphies squelettiques (scoliose, cyphose, inégalité de longueur des membres inférieurs) (15).

Le point auriculaire n'est pas constant (6, 7, 12, 16, 17)

Il doit se rechercher dans une zone préférentielle (cartographie). Il peut être absent. Il n'est pas obligatoirement sur l'oreille homolatérale à l'affection, ni sur l'oreille de la latéralité. S'il n'est pas détectable, on saura en faire la recherche sur le rayon (correspondance métamérique).

Chez des malades algiques chroniques, on ne recherchera pas le seul point baro-sensible. On saura rechercher le point insensible à une plus forte pression (400 g/mm^2), un système de détection peu connu. Un seul examen n'est pas suffisant pour apprécier les différentes situations ; on ne réduit pas la physiopathologie à un seul signe. Disposer d'un clavier offrant diverses possibilités permet une approche plus complète que l'utilisation d'un protocole unique.

La découverte d'un point baro-sensible, signe de haute probabilité d'anomalie de l'organe correspondant, ne doit pas être interprété comme un signe infaillible rela-

tif à l'organe décrit à cet endroit par les cartographies. Sa découverte n'est pas un signe pathognomonique ; elle est à apprécier dans le contexte de l'examen clinique.

Le point n'agit pas toujours de façon comparable (12)

La durée et l'intensité de sa stimulation peuvent avoir des effets opposés, surtout chez des malades hypersensibles et hyper-réactifs.

La recherche du point, en pratique

Pour la recherche de tout point (point baro-sensible ou point en baisse d'impédance), on utilisera le canevas ci dessous.

Les trois territoires

Les points sont recherchés sur trois territoires supportant à la fois une innervation et une localisation particulière : mésoderme (appareil locomoteur) pour le V, endoderme (viscères) pour le X, ectoderme (système nerveux) pour les nerfs cervicaux (fig. 4).

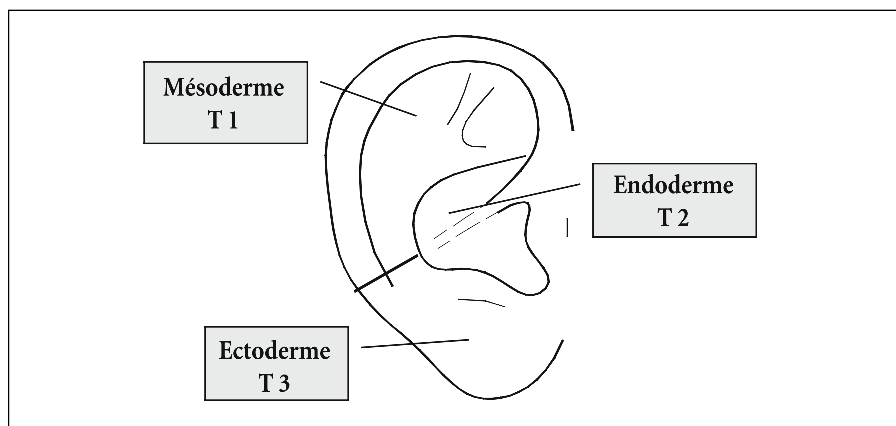


Fig. 4 - Les trois territoires.

Le point n'ayant pas une topographie exacte, est à rechercher dans un territoire, dans une zone de probabilité préférentielle (*cf.* chapitre sur les cartographies). Nous serons guidés par deux priorités : le côté de la douleur, la latéralité du malade.

En cas de pathologie unilatérale, on recherche en priorité à l'oreille homolatérale (l'oreille droite pour le genou droit). Trois fois sur quatre, le point pathologique est homolatéral. Une fois sur quatre, il est controlatéral (tableau I).

Tableau I - Quelle oreille privilégier pour la recherche d'un point d'organe ?

Type de pathologie	*Exemple*	*Priorité*
Pathologie unilatérale	GENOU DROIT	OREILLE DROITE trois fois sur quatre
Pathologie unilatérale	GENOU DROIT	OREILLE GAUCHE une fois sur quatre
Pathologie non latéralisée, chez un droitier	RACHIS	OREILLE DROITE deux fois sur trois
Pathologie non latéralisée, chez un droitier	RACHIS	OREILLE GAUCHE une fois sur trois
Pathologie unilatérale, chez un droitier	GENOU DROIT	OREILLE DROITE quatre fois sur cinq
Pathologie unilatérale, chez un droitier	GENOU DROIT	OREILLE GAUCHE une fois sur cinq

Ceccherelli a appliqué de la capsicaïne pendant trente minutes sur le pouce droit, puis a recherché la répartition des points auriculaires. La très grande majorité des points sensibles à la pression est du même côté, à l'oreille droite. Toutefois, ce n'est pas la loi absolue : une fois sur quatre, environ, les points sensibles sont retrouvés à l'oreille gauche (21).

En cas de pathologie non latéralisée, on fera d'abord la recherche du point à l'oreille du côté de la latéralité (l'oreille droite pour le rachis chez un droitier). Deux fois sur trois, le point pathologique détecté est du côté de la latéralité. Une fois sur trois, il est controlatéral.

En cas de pathologie unilatérale chez un droitier, on recherche en priorité à l'oreille homolatérale (l'oreille droite pour le genou droit). Quatre fois sur cinq, le point pathologique est homolatéral. Une fois sur cinq, il est controlatéral.

Le point correspond à une partie de l'oreille. Pour ce qui relève des douleurs ou des troubles sensitifs, il s'exprime plutôt en face latérale. Pour ce qui relève des muscles, tendons et troubles moteurs, le point s'exprimera plutôt en face postérieure.

Quels faits interviennent pour que le point soit détectable ?

Ancien recteur d'université, Pierre Magnin, professeur de pharmacologie, auteur du *Que sais je ?* sur les vitamines a préfacé le livre de Paul Nogier « *De l'auriculothérapie à l'auriculo-médecine* ». Il a reçu le prix de l'école internationale Paul Nogier en 1997.

Il y a plus de vingt-cinq ans, il écrivait (18) :

« Le cheminement réticulaire obligé de l'acte thérapeutique implique nécessairement le relais des centres neuro-végétatifs pour tout circuit thérapeutique. »

« Cela revient à dire que tout processus thérapeutique à point de départ pavillonnaire s'exprimera, in fine, *par une normalisation du potentiel redox grâce à une régulation des échanges membranaires, une harmonisation des niveaux d'énergie cellulaire et une amplification respiratoire des tissus considérés. »*

Théorie reliant le point d'oreille, l'hypoxie tissulaire et les radicaux libres

Il y a 5 ans, j'émettais une hypothèse, avec le soutien de ce prestigieux universitaire (16).

Le point d'oreille n'est pas constant

Dans sa fonction, le point d'oreille se montre différent du point somatique. L'expérience nous enseigne qu'il apparaît dans les cas de dysrythmie périphérique (douleur, trouble lésionnel ou fonctionnel d'un organe). Ainsi, on peut considérer le point d'oreille comme lié aux lésions périphériques.

L'agression d'un organe

Le point d'oreille traduit un trouble physiopathologique. Il est donc la traduction d'un processus agressif, lui-même est en étroite relation avec un déséquilibre des membranes, des échanges ioniques, de l'activité enzymatique et des processus d'oxydoréduction. L'agression tissulaire conduit à une lésion.

L'hypoxie et l'ischémie tissulaire

L'hypoxie tissulaire, mécanisme qui accompagne l'agression tissulaire, est associée à un chaos biochimique au sein des pressions osmotique et oncotique, du rH^2, du pH, des couples tampon, des cycles biochimiques. L'hypoxie crée des radicaux libres, lesquels entraînent une ischémie. Puis, l'acidose tissulaire s'installe et évolue.

Les radicaux libres en cause ?

Tout processus agressif et lésionnel déclenche, à partir du réseau vasculaire, une hypoxie réactionnelle et un stress oxydatif entretenus au sein du territoire lésé. Ce stress est entretenu par le jeu de la circulation sanguine et de la respiration tissulaire. Ainsi compris, le point d'auriculothérapie traduit une hypoxie tissulaire ou une lésion sur ce territoire.



Les circuits mis en jeu

L'information d'hypoxie ou de lésion est aussitôt transmise au cerveau par les voies de la douleur. L'interprétation corticale permet une réaction somatique et neurovégétative et commutée sur le système limbique. Le système limbique met en alerte tout le système neurovégétatif de l'organisme (parasympathique ou orthosympathique selon la pathologie). La dysharmonie fonctionnelle tissulaire entre ainsi dans une boucle complexe auto-entretenue. Le système neurovégétatif inhibe en intervenant sur la réponse, alors que les transmissions sont normales.

L'aboutissement au point détecté

L'activation d'une terminaison nerveuse est en relation avec un organe perturbé. Cet organe est représenté à un endroit de l'oreille. À ce point, l'artériole peut être spasmée (douloureuse à la palpation) impliquant un phénomène de vasoconstriction. Une activation de la terminaison nerveuse est possible. Et cette liste n'est pas close.

Tout se passe donc comme si le traitement du point auriculaire avait une action réflexe antiradicalaire, anti-hypoxique et anti-ischémique. En corollaire, les traitements par auriculothérapie peuvent être compris comme améliorant la respiration tissulaire, la capacité enzymatique et le potentiel Redox.

Le point d'oreille aurait-il un niveau d'acidité particulier ?

Inévitablement, les points d'oreille sont en relation avec des zones du corps en état d'acidose tissulaire.

La peau est un organe acide (pH 5,2) ; au contraire, le milieu intérieur est de réaction alcaline (pH 7,3). Le système circulatoire a une prédominance d'ions alcalins OH ; le revêtement cutané une prédominance d'ions acides H. Gautron signale que toute dermatose élève le pH cutané (19).

Une analogie avec l'électrolyse peut être évoquée entre le sang et la peau, entre l'épiderme (pôle acide) et le derme (pôle alcalin). Pourquoi un endroit du revêtement cutané où la vasodilatation est entretenue (tel un point d'oreille) ne présenterait-il pas une acidité particulière ?

Cette hypothèse justifie des recherches appropriées. Qui sait si cela ne pourrait pas déboucher sur une nouvelle conception de la détection ?

Les diverses possibilités de détection du point d'oreille

Le point détecté est en contraste avec son environnement

En pratique, nous rechercherons des informations liées à ce point : douleur à la pression, variation de résistance électrique, variation du pouls du sujet examiné.

Le point, son environnement et le reste de l'oreille ont des réactions différentes.

La détection clinique

L'inspection est toujours utile, mais elle peut renseigner chez des malades chroniques.

La palpation est le procédé de base admis au plan mondial. D'abord, nous pouvons utiliser la pression à deux doigts sur le lobule et le pavillon. Les zones douloureuses à la pression manuelle pourront être contrôlées et précisées de manière instrumentale. La conque sera explorée de façon instrumentale. Le palpeur permet d'examiner au millimètre près, à la recherche de points baro-sensibles chez le malade algique. Chez les douloureux chroniques, on fera une recherche ponctuelle de points insensibles à la pression.

La détection électrique

On examine point à point la zone choisie. On pourra comparer les résultats avec la détection des points baro-sensibles ou non baro-sensibles.

Plus la baisse d'impédance est importante, plus le point est pathologique. Nous présumerons une atteinte organique en cas de détection en baisse très marquée de l'impédance. En revanche, un aspect plutôt fonctionnel sera suspecté dans les cas de détection avec une faible baisse d'impédance. On peut également faire une détection en recherche d'excès d'impédance.

Les variations d'amplitude du pouls du malade

Paul Nogier a observé dans les années 1960 que le pouls radial superficiel peut se modifier après la stimulation du revêtement dermique, en particulier l'oreille. Cette réaction autonome circulatoire a été nommée RAC (VAS en anglais). Le RAC est perçu comme une brève augmentation de l'amplitude du pouls radial survenant aussitôt après stimulation d'un sujet. Ce phénomène fugace est compris comme une réaction d'adaptation. Comme pour toute mesure humaine, il comporte une part de

subjectivité ; les informations ainsi perçues peuvent être contrôlées par la détection électrique.

Les stimulations pouvant déclencher le RAC, peuvent être multiples : les pressions manuelles ou calibrées sur le corps ou à l'oreille, les projections électromagnétiques sur la peau (lumière, lumière colorée, lumières rythmées) (20, 21).

Les localisations

Les localisations varient

Chez les malades chroniques, le point n'est pas obligatoirement à la localisation notée sur les cartographies ni chez les malades aigus. Ce fait permet de comprendre que le point du genou décrit par Nogier n'est pas celui décrit par les Chinois. Dans les deux écoles, le recrutement des malades étant différent me semble une explication (fig. 5). Or, les uns et les autres ont observé des résultats favorables, ce qui est une preuve.

Lors de sa réunion en 1990 à Lyon, l'OMS n'a pas défini de localisation aux articulations du membre inférieur, car les différentes écoles étaient divisées. Le schéma de Jean Bossy (*cf.* fig. 20 de son chapitre) permet de prendre de la distance à l'égard des opinions individuelles, légitimes mais difficilement conciliables.

La représentation d'un organe varie selon son état de fonctionnement. Bourdiol a décrit que son étendue observe un degré de parallélisme avec son métabolisme (le gros estomac postprandial) (12) (*cf.* fig. 8 du chapitre Cartographies).

En corollaire, de nombreux experts admettent que toute cartographie trop précise est fausse.

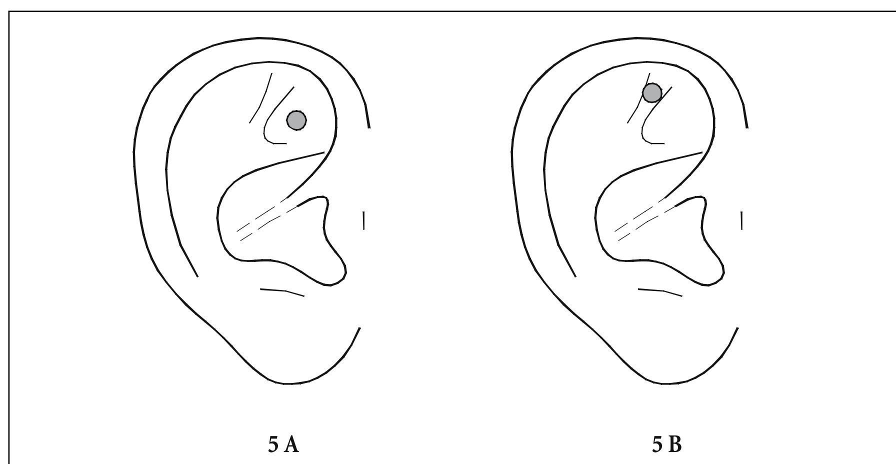


Fig. 5 - A : la zone du genou selon Nogier. **B :** la zone du genou selon les Chinois.

Causes et conséquences

Une douleur du genou peut provenir du genou, de la hanche ou du pied. Il en est de même à leurs points de correspondance à l'oreille (fig. 6), la hanche étant en noir, le pied en blanc.

Au plan des localisations, l'oreille comporte trois territoires. Le pavillon T1 supporte la représentation des organes appartenant au mésoderme, dont l'appareil locomoteur ; les viscères d'origine endodermique sont représentés à la conque T2 ; les dérivés ectodermiques dont les structures nerveuses sont décrites au lobule T3 (fig. 4) en page 90.

Les organes ont été décrits sur d'autres territoires, les « phases »

Des points aberrants, situés en d'autres territoires, peuvent agir sur un organe. Chez des malades chroniques porteurs de maladies complexes, on peut retrouver des points ayant une action spécifique sur cet organe. Paul Nogier a été décrit ce phénomène il y a 25 ans sous le nom de « phases » (21).

Ainsi, la localisation de l'épaule est sur le pavillon en T1, dans la fosse scaphoïde (en noir sur la fig. 6). C'est bien la configuration habituelle. Dans l'algodystrophie de l'épaule, le point retrouvé dans la conque, dit de phase 2 (en gris sur la fig. 6) aura un effet bénéfique et complémentaire sur l'épaule. De même, dans les cas fréquents ressentis comme un « fonctionnement anormal de l'épaule », un point situé à l'arrière du lobule, dit de phase 3 (en blanc sur la fig. 6) sera utilisé avec efficacité.

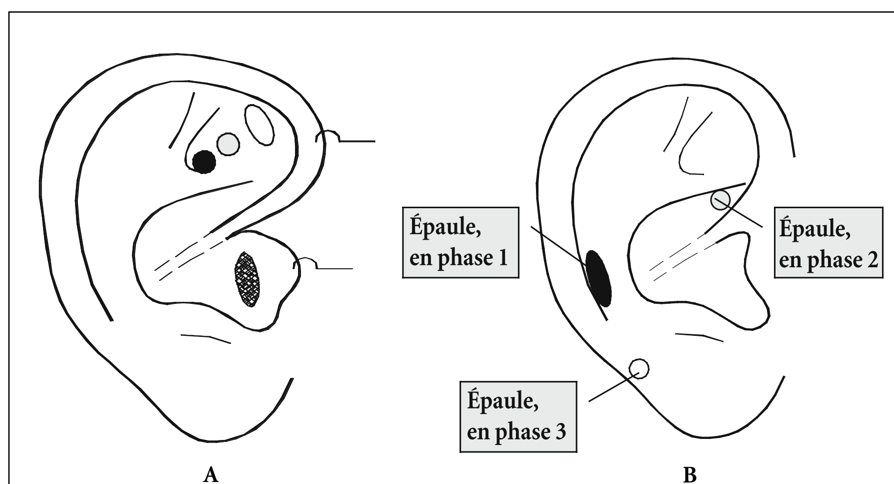


Fig. 6 - A : zones de la hanche, du genou, du pied (selon Nogier). **B :** le point d'épaule dans les trois phases.

L'existence de ces anomalies très subtiles a été reliée aux perturbations du transfert de l'influx nerveux. C'est un fait d'observation : le traitement des points de « phases » est utile, pour débloquer une situation difficile chez les malades chroniques et complexes. Ce sera évoqué au chapitre « terrain et obstacles ».

Ainsi, le point peut avoir un caractère plurifocal

Le point du genou de Nogier (fig. 7) a des relations diverses : en phase 1, il est en relation avec le genou, en phase 2, il est en relation avec l'audition, alors qu'en phase 3, il est en relation avec le pancréas. Les voies de la formation réticulaire nous permettent de le comprendre.

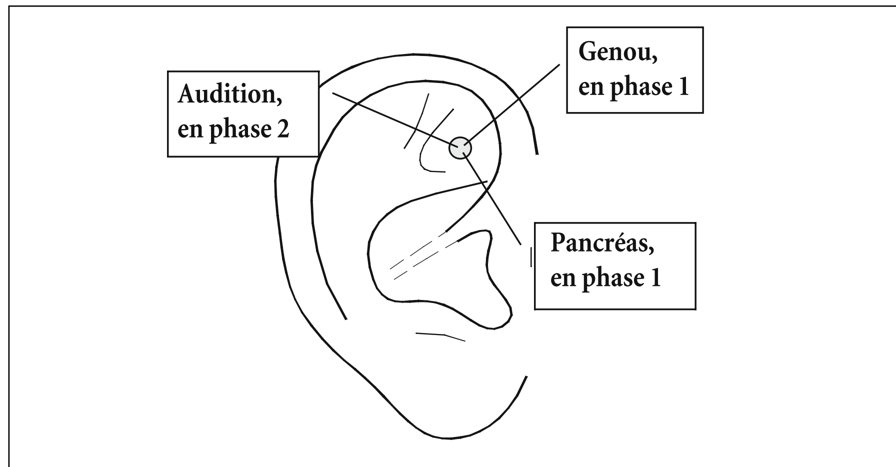


Fig. 7 - Effet plurifocal d'un point.

Références

1. Auziech O (1984) Étude histologique des points cutanés de moindre résistance électrique et analyse de leurs implications possible dans la mise en jeu des mécanismes acupuncturaux. Thèse de médecine, Montpellier (844 p.)
2. Sénélar R, Auziech O (1989) Histopathologie du point d'acupuncture. Encycl. Méd. Nat. (Paris, France), Acupuncture et médecine traditionnelle chinoise, IB-2c, 12-1989, 7 p
3. Niboyet J (1963) La moindre résistance à l'électricité de surface punctiforme et de trajets cutanés correspondants avec les points et méridiens bases de l'acupuncture. Thèse de sciences, Marseille
4. Niboyet JEH (1980) Les points d'acupuncture : notions électriques, histologiques et leurs débouchés en neurophysiologie. Cahiers de Biothérapie n° 67, Paris (p. 63-5)
5. Bossy J (1983) Bases neurobiologiques des réflexothérapies, 3e édition. Masson, Paris
6. Nguyen J (1989) Auriculopuncture - Encycl. Méd. Nat. (Paris, France), Acupuncture et médecine traditionnelle chinoise, II-2, 12-1989, 16 p
7. Bossy J, Pradal-Prat D, Taillandier J (1984) Les microsystèmes de l'acupuncture. Masson, Paris

8. Terral C, Rabischong P (2003) Rôle fonctionnel des points de moindre résistance électrique du revêtement cutané dans la régulation homéostasique. Actes d'Alba. Sauramps médical, Montpellier (p. 138-41)
9. Terral C (1975). Douleur et acupuncture. Étude expérimentale de l'analgésie acupuncturale. Thèse de médecine, Montpellier (171 p)
10. Terral C, Rabischong P (1997) A scientific basis for acupuncture? J Altern Complement Med 3: 55-65
11. Nogier PFM (1969) Traité d'auriculothérapie. Maisonneuve, Moulins-lès-Metz
12. Bourdiol RJ (1980) Éléments d'auriculothérapie. Maisonneuve, Moulins-lès-Metz
13. Nogier P (1977) Introduction pratique à l'auriculothérapie, réédité par Satas, Bruxelles
14. Wang Zhaohao, Lin Minghua, Chu Chichun (1991) Pratique de l'acupuncture auriculaire. Librairie You Fen, Paris
15. Matucci C (2006) L'inspection de l'oreille en acupuncture auriculaire : corrélations entre les pigmentations mélaniques et les dysmorphies squelettiques. Actes du Ve Symposium international, Lyon
16. Rouxeville Y (2003) Théorie du point auriculaire. Cahiers de Biothérapie n° 182, Paris
17. Leclerc B (1995) Précis d'auriculothérapie, tome I. B. Leclerc, Nevers
18. Magnin P (1990) Vers une médecine plus humaine (suite et fin) Revue auriculo-médecine n° 18. Maisonneuve, Sainte-Ruffine
19. Gautron MG, dans Daniaud J (1964) Stimulothérapie cutanée. Maloine, Paris
20. Rouxeville Y (2000) Acupuncture auriculaire personnalisée. Sauramps médical, Montpellier
21. Nogier PFM (1981) De l'auriculothérapie à l'auriculomédecine. Maisonneuve, Sainte-Ruffine
22. Romoli M (2003) Agopuntura Auricolare. Utet, Milano (p 43)

Modes d’action de l’auriculothérapie

Y. Rouxeville

Résumé

Pour l’auriculothérapie comme pour l’acupuncture somatique, on peut retenir divers effets. L’aiguille crée une micro-inflammation dont l’effet est transmis par les systèmes nerveux cérébro-spinal et végétatif ; ces actions sont modulées par le système limbique.

Concernant le système nerveux, l’action des aiguilles se comprend à plusieurs niveaux : modulation des neuromédiateurs et neurotransmetteurs pour améliorer les fonctions synaptiques et restaurer les circuits d’information, vasorégulation par le neurovégétatif pour normaliser l’oxygénation des organes, action sur le contrôle de la douleur par une sécrétion appropriée d’endorphines.

Les effets biochimiques sont corrélés aux systèmes nerveux. L’hypothèse d’un effet antiradicalaire est logique. L’effet psychique est indéniable (1) (fig. 1).

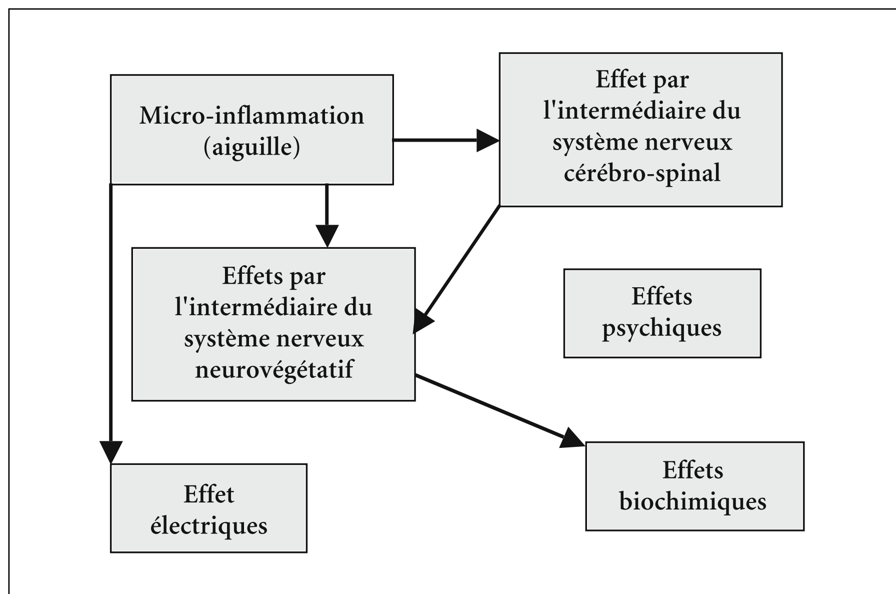


Fig. 1 - Les six effets de l’acupuncture.

Ces effets pourront se manifester sur les viscères, organes et vaisseaux, sur le *feedback* hormonal, sur l'adaptation au stress, sur les états d'âme et l'humeur.

L'essentiel est la voie nerveuse

« *La réflexothérapie consiste à rechercher la guérison d'une maladie par l'excitation de ses centres nerveux. L'acupuncture, médecine traditionnelle pratiquée en Chine depuis des milliers d'années, en représente une des modalités, mais non la seule.* » (2, Préface). L'excitation des centres nerveux peut être faite à partir de la peau du corps du malade. L'acupuncture auriculaire consiste à traiter différentes affections par la piqûre ou autres stimulations de points déterminés du pavillon de l'oreille.

La nécessité de l'intégrité des voies nerveuses

Dans la synthèse des symposia de Pékin, Bossy précise :

« *Chez le Lapin, l'étude de l'apparition de points de moindre résistance a été réalisée à partir de péritonite, ulcère peptique et infarctus expérimentaux. Les différentes sections nerveuses ont montré que l'exérèse du ganglion sympathique cervical supérieur faisait disparaître les fibres adrénergiques et réduisait les fibres ACh E positives.*

La dénervation partielle de l'oreille ou la section de la carotide interne n'entraîne pas de modification des points de basse résistance homo-et contro-latéraux, et cela est vrai pour les nerfs adrénergiques, alors que les nerfs Ach E positifs varient peu ou pas du tout. Il semble donc exister une liaison entre les points de basse résistance et les nerfs adrénergiques. La section des nerfs petit occipital et grand auriculaire fait disparaître la dépression de la réaction à la douleur obtenue par acupuncture.

Chez l'homme, l'anesthésie des pédicules nerveux assurant l'innervation du pavillon entraîne une augmentation du seuil douloureux dans 81 % des endroits testés surtout le cou, l'abdomen, les régions thoraciques et lombaires ; cet effet est meilleur après 30 minutes qu'après 10 minutes.

L'intégrité des voies nerveuses paraît donc indispensable pour un effet précis de l'auriculopuncture, et les fibres adrénergiques paraissent servir de support à l'apparition des points de moindre résistance. » (3, p. 133)

L'influx nerveux et sa transmission (2, 4, 5)

Dans les dendrites (pôle récepteur), l'influx nerveux va de l'extrémité libre au corps cellulaire. Dans l'axone, l'influx nerveux va du corps cellulaire aux extrémités du cylindraxe (pôle effecteur) (fig. 2). Les neurones peuvent être bout à bout (transmission caténaire) (4). Dans le réflexe d'axone (dit antidromique), l'influx revient sur

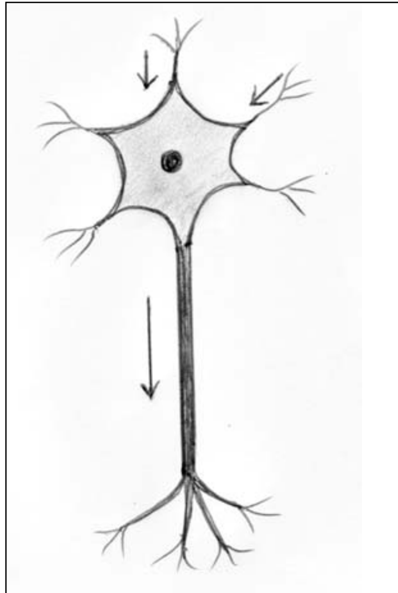


Fig. 2 - Sens de l'influx nerveux.

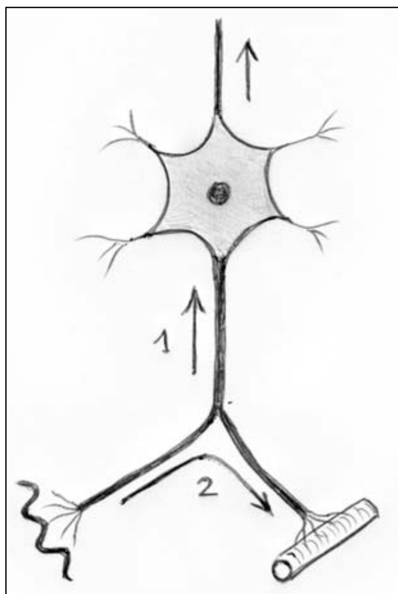


Fig. 3 - Schéma du réflexe d'axone
(1) sens de l'influx centripète normal,
(2) sens de l'influx dans le réflexe d'axone.

une dendrite périphérique sans passer par le corps cellulaire neuronal (fig. 3) (5, 6).

Toutes les cellules nerveuses ont un potentiel de membrane (gradient électrique) et peuvent émettre un potentiel d'action.

La différence de potentiel au repos est due aux concentrations ioniques (Na+, K+, Cl–). Au repos, le potentiel de membrane de la cellule nerveuse est de – 70 mV. Il est lié à la différence de concentration entre le sodium et le potassium dans la cellule et hors d'elle. Une protéine transmembranaire effectue le système dit de pompe sodium-potassium : rejet de Na+ hors de la cellule et crée un gradient électrique (– à l'intérieur et + à l'extérieur) (5).

Après excitation, le potentiel d'action de la membrane de la cellule nerveuse s'inverse à + 40 mV (dépolarisation) avant de revenir à la normale. Le repolarisation se fait grâce à la sortie de K+ de la cellule.

Le potentiel d'action obéit à la loi du tout ou rien. Dans les fibres C amyéliniques, il se transmet lentement. En revanche, il est plus rapide dans les fibres myélinisées A et B.

Au niveau des articulations synaptiques centrales, la dominance est à l'ion calcium. Les canaux Ca++ ne sont pas seuls : les canaux Na+, K+, Cl– sont aussi concernés, et cela de manière non exhaustive.

Pour les nerfs périphériques : les médiateurs des synapses sont la noradrénaline pour le sympathique et l'acétylcholine pour le parasympathique. On les retrouve pour les synapses centrales, mais il faut ajouter l'importance de deux acides : l'acide glutamique excitateur et l'acide gamma-amino-butyrique inhibiteur (le GABA). Il faut bien comprendre que les mécanismes électriques et chimi-

ques sont complémentaires pour la transmission de l'influx nerveux, l'un modulant l'autre.

Les neurones sécrètent et libèrent des « neurotransmetteurs » agissant au niveau de la synapse, des « neuromodulateurs » restant dans le système nerveux, et des « neurohormones » agissant à distance dans l'organisme.

L'auriculothérapie (acupuncture auriculaire) et l'acupuncture somatique ayant des effets et des modes d'actions très voisins, nous avons repris les études faites sur l'acupuncture générale pour étudier les différents effets de la piqûre.

La micro-inflammation cutanée, directement liée à la puncture (1, 2, 6)

Ce sont des réactions cellulaires locales *(in situ)* liées à la minime destruction cellulaire, ainsi qu'au réflexe d'axone. Elles pourront à leur tour induire des influx nerveux, électriques ou des phénomènes sanguins. L'aiguille provoque une onde de dépolarisation, et des effets sensitifs et irritatifs.

L'inflammation est entretenue par la sécrétion locale (plus ou moins contrôlée en particulier par le système immunitaire) des médiateurs de l'inflammation : bradykinine, histamine en quelques minutes. La libération de cytokines, notamment les interleukines, est plus tardive (4 à 8 heures).

Au cours d'une séance d'acupuncture, on voit souvent un érythème autour du point piqué, signe de bon augure. On constate parfois un emphysème sous-cutané dans la région voisine, vasodilatation artériolo-capillaire liée au réflexe d'axone (6). Cette micro-inflammation aura un effet excitateur sur les récepteurs cutanés que sont ces multiples terminaisons nerveuses.

Sur le revêtement cutané, les champs excitateurs et inhibiteurs se recouvrant, on comprend aisément que la stimulation d'un récepteur donné pourra modifier le seuil de sensibilisation d'un autre récepteur (7). De plus, la stimulation périphérique des fibres C provoque une libération locale de substance P (réflexe d'axone antidromique) avec libération d'histamine et de sérotonine qui va sensibiliser des territoires voisins (hyperalgésie en tache d'huile) (8, 9) (fig. 4).

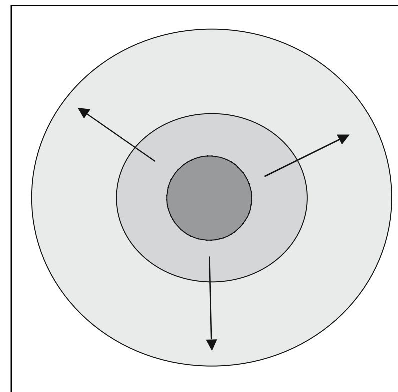


Fig. 4 - Le champ de recouvrement d'un neurone s'agrandit lorsque le neurone est activé.

Les effets électriques liés à la piqûre (1)

Le couple thermo-électrique résultant de l'implantation d'une aiguille métallique suffit à déclencher un petit courant électrique sous-cutané. Ce micro-courant est plus élevé si l'on bouge cette aiguille (stimulation manuelle). Pour cette raison, certains acupuncteurs préfèrent utiliser des aiguilles bimétalliques (ex. aiguille en inox et manche en cuivre).

Des modalités de stimulation acupuncturale opposées (manipulation d'aiguilles) produiraient des effets opposés de concentration ionique, donc de direction de flux, ce qui objective ce que la tradition chinoise nomme « techniques de tonification, ou de dispersion ».

Une fois l'aiguille entrée dans le milieu intérieur, il est vraisemblable que des ions de différentes polarités peuvent affluer à la pointe de l'aiguille, avec un effet de pointe.

La stimulation périphérique induit des effets électriques sur les voies nerveuses, dont les effets de dépolarisation liés à la circulation de l'influx nerveux.

Enfin, on a observé de façon exceptionnelle l'apparition de crises chez certains malades épileptiques, dans les suites d'une séance d'acupuncture ou d'auriculothérapie (traitement par aiguilles).

Les effets sur le système nerveux liés à la piqûre (1, 2, 6)

Toute sollicitation mécanique, thermique ou chimique, qu'elle soit nociceptive ou non, induit un phénomène de transduction : à l'énergie exogène de la stimulation succède un influx nerveux émis par les récepteurs. Le système nerveux est bien un intermédiaire, un messager (1).

Le rôle des synapses

Jean Bossy nous explique l'activation ou l'inhibition réflexe des synapses et des centres nerveux, ainsi que la rétroaction *(feed back)* positive ou négative pouvant inhiber ou entretenir les circuits nerveux. Il nous précise que l'électroacupuncture inhibe les réflexes polysynaptiques, et qu'une partie de l'effet analgésique est lié à l'inhibition présynaptique (2).

Un même neurone pouvant envoyer des collatérales activatrices et inhibitrices à des neurones différents, un interneurone inhibiteur peut être intercalé pour respecter la spécificité synaptique.

Le système cérébro-spinal se souvient du plan métamérique embryonnaire (10). Il transmet la perception sensitive sensorielle (l'irritation des récepteurs cutanés) au

cortex cérébral, vers les centres nerveux spécialisés. Des signaux iront du cortex vers les organes malades. Les organes de régulation métabolique ou endocrinienne provoqueront des modifications sanguines.

Améliorer le fonctionnement synaptique par la qualité des synapses et de leurs connexions permettra une meilleure reconnaissance des signaux par les centres nerveux supérieurs. L'action sur les neuromédiateurs et neurotransmetteurs améliore le traitement de l'information et détermine un effet cognitif.

Le rôle du neurovégétatif

Le système nerveux neurovégétatif est omniprésent. Ses nerfs intriqués en plexus transmettent l'information en tous lieux (6). L'irritation neurovégétative, transmise par voie sympathique, permettra une vasorégulation des organes et donc modifiera l'oxygénation et le fonctionnement des organes malades : muscles, viscères, centres nerveux supérieurs, organes de régulation métabolique ou endocrinienne.

Les plexus périartériels, périveineux ont une capacité réflexogène bien connue.

Un autre fait est important à retenir : un signal reçu par une cellule nerveuse est transmis aux collatérales, et ainsi de suite. Cela nous explique qu'une douleur ponctuelle se développe (la surface grandit) : la douleur d'une dent gagne la face, la douleur au Mac Burney se transmet à tout l'abdomen. Il s'installe une dysrégulation neurovégétative avec effets ortho- et parasympathiques, spasme et relâchement.

Son rôle dans le contrôle de la douleur

Le système neurovasculaire a un rôle important dans l'origine et le traitement de la douleur (10).

Le message nociceptif suit deux voies qui aboutissent au thalamus.

Le système lemniscal

Il permet la localisation dans le temps et l'espace donc l'intensité, la durée et la localisation. Ses fibres Aα et Aβ (myélinisées à conduction rapide) aboutissent au thalamus latéral (température, tact, vibrations).

La voie extralemniscale

C'est un système d'alerte globale, elle est porteuse des phénomènes autonomes liés à la douleur, et véhicule la sensibilité protopathique. Ses fibres Aδ et C (à conduction lente) forment deux faisceaux. Le faisceau néo-spino-thalamique rejoint le faisceau lemniscal, pour se projeter sur le thalamus médial et latéral. Le faisceau paléo-spino-thalamique se projette sur les noyaux non spécifiques du thalamus ; une partie est le

faisceau paléo-spino-réticulo-thalamique dont les fibres sont en relation avec la transmission prioritaire des informations nociceptives.

Le contrôle de la douleur s'effectue à plusieurs niveaux (2).

Douleurs rapportées ou douleurs référées ?

L'origine de la douleur est ailleurs.

La douleur rapportée *(projected pain)* est d'origine locale (radiculaire ou tronculaire) en rapport avec cet étage du corps ou de la face. La dissociation topographique se passe sur le même territoire nerveux. Ce sera la névralgie faciale survenue après une sinusite ; ce sera une névralgie sciatique après un conflit disco-radiculaire. Cette première sensation douloureuse fait appel au système nerveux périphérique.

La douleur référée *(referred pain)* fait appel à un circuit segmentaire. La dissociation topographique se fait entre deux territoires nerveux différents. Elle peut être provoquée par la palpation de la région périphérique causale (2, 7, 10, 11).

Au niveau spinal (dit segmentaire)

La régulation se fait dans la substance gélatineuse de Rolando. Les grosses fibres myélinisées inhibent les fibres de plus petit diamètre. L'inhibition est présynaptique, ou à l'arrivée sur la cellule de relais (cellule T).

Melzack et Wall ont élaboré, en 1965, la théorie du « *gate control* » et l'image du contrôle fait par un portillon qui s'ouvre ou se ferme. Si l'activité dominante porte sur les grosses fibres, la porte est fermée et les messages nociceptifs sont inhibés par un interneurone inhibiteur, avant de pouvoir atteindre la cellule cible (fig. 6).

Ensuite, on a pensé à deux interneurones : l'un est inhibiteur des fibres nociceptives et contrôlé par les fibres de la sensibilité tactile, l'autre est excitateur des fibres de la sensibilité activé par les fibres nociceptives. En réalité les choses sont plus complexes ; Jessell et Iversen (8) ont complété la théorie du portillon en 1977, par la théo-

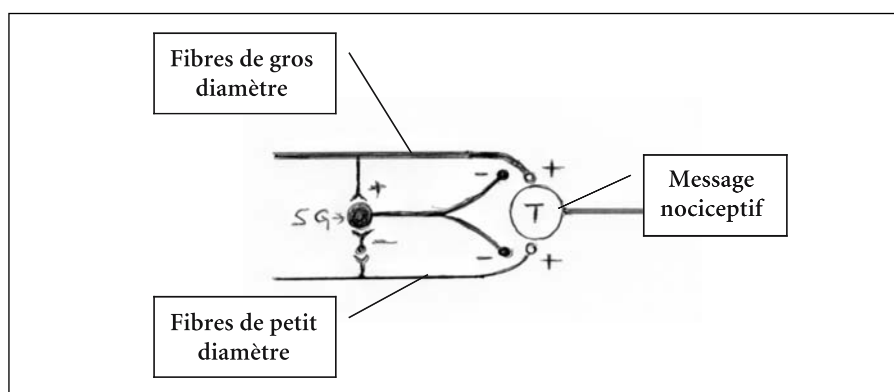


Fig. 5 - Schéma de fonctionnement de la théorie du contrôle-porte (d'après Melzack et Wall, 1965), SG : cellule de la substance gélatineuse de Rolando ; T : cellule cible.

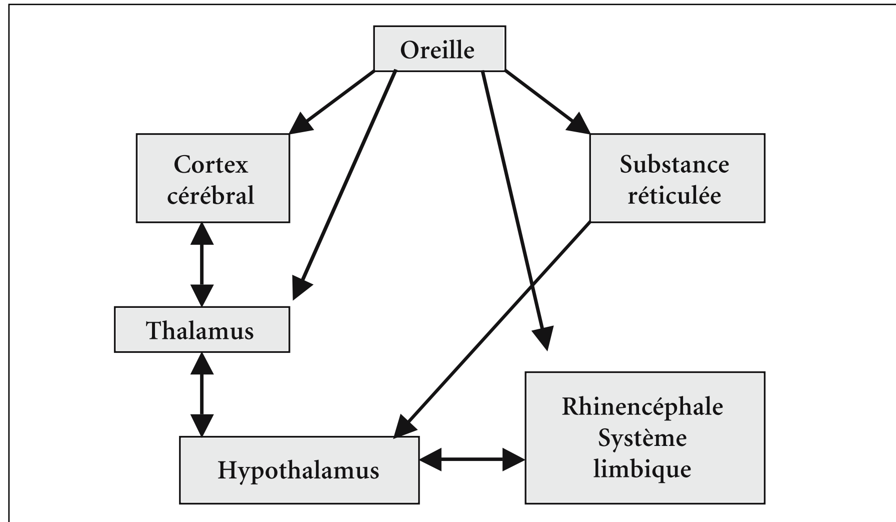


Fig. 6 - L'oreille et le système nerveux.

rie de clé et serrure avec intervention d'un neuromédiateur (interneurone à enképhaline ou à GABA).

L'organisation segmentaire peut être homolatérale ou controlatérale (d'un côté ou de l'autre) ; elle peut être segmentaire ou hétérosegmentaire (toucher l'étage, voire l'étage au-dessus ou au-dessous). Ce qui veut dire tout simplement qu'une douleur ressentie sur un dermatome n'est pas pathognomonique de l'atteinte de ce dermatome, mais que son origine pourra être controlatérale, de l'étage en dessus ou de l'étage en dessous, et que tout cela revient au même !

Au niveau suprasegmentaire (cortex cérébral et tronc cérébral)

Les influences inhibitrices peuvent provenir du cortex cérébral ou du tronc cérébral. Un contrôle puissant et spécifique des messages nociceptifs est exercé par la substance grise périaqueducale. Cette structure semble à ce titre la plus impliquée dans l'analgésie réflexe. En réalité les choses sont plus complexes.

Pour la région cervico-céphalique

L'innervation sensitive étant différente de celle du reste du corps, cela justifie quelques précisions. Nous les emprunterons à l'ouvrage de Chantal Vulliez, odonto-stomatologiste. Le centre nerveux primaire qui reçoit et émet les informations est le noyau spinal du V (trijumeau). Il est en relation étroite avec le pavillon auriculaire. Les noyaux du VII (facial), du IX (glosso-pharyngien) et du X (pneumogastrique) sont très proches des noyaux du tractus spinal du V. La formation réticulaire (du tronc cérébral au thalamus) est fortement impliquée (2, 4, 10).

Le nerf trijumeau

En réflexothérapie, on sait que toute action sur une partie d'un nerf pourra avoir un effet sur toutes les zones sous la dépendance de ce nerf. Le nerf trijumeau est le nerf sensitif de la face et de la mastication. Il innerve en grande partie la face et le pavillon de l'oreille.

La peau du front et de l'arête du nez est innervée par le V1. La peau de la face, des ailes du nez et de la lèvre supérieure est innervée par le V2. La peau du menton, des joues et de la moitié antérieure de l'auricule est innervée par le V3.

Ses noyaux sont situés dans la partie postérieure du tronc cérébral. Le noyau spinal du V, responsable de la sensibilité nociceptive, s'étend jusqu'au 3e segment cervical. Le nerf trijumeau intervient pour expliquer non seulement les effets de l'auriculothérapie, mais aussi de l'acupuncture somatique (2, 12).

L'analgésie réflexe

Elle est facilitée par la pratique de l'électro-acupuncture. Les mécanismes d'action retenus pour l'électro-acupuncture sont le blocage périphérique des messages douloureux, le contrôle à l'étage segmentaire, les contrôles d'origine suprasegmentaire, et la libération de substances endogènes morphinomimétiques, sans être uniquement psychologique comme c'est le cas pour l'hypnose (2).

Les effets biochimiques liés à la puncture

En acupuncture générale (2, 3)

L'acupuncture fait sécréter des substances endogènes morphinomimétiques (b endorphine et enképhalines), et la substance P au niveau spinal, ce qui explique de nombreux effets en acupuncture générale. Cette action est généralement rapide.

L'acupuncture a une action sur les ions Na+, K+, Ca++, Cl–, ce qui permet d'intervenir sur l'influx nerveux, lequel est régulé par les pompes ioniques.

L'acupuncture intervient au niveau des neuromédiateurs centraux. Or, les structures nerveuses sont sensibles à l'effet des neuromédiateurs. À titre d'exemple, l'acétylcholine (ACH) a un effet excitateur sur les unités sensibles à la douleur de la formation réticulaire mésencéphalique, alors que la noradrénaline (NA) et la sérotonine (5-HT) inhibent ces mêmes unités.

Par l'intermédiaire du couple hypothalamus-hypophyse, l'acupuncture peut agir sur l'équilibre hormonal (thyroïde, parathyroïdes, pancréas, gonades). En particulier, l'acupuncture entraîne une diminution de l'insulinémie.

Il semble que la vraie acupuncture a la capacité de produire du cortisol et de l'*adrenocorticotrophic hormone* (ACTH) de la *Luteinizing hormone-releasing hormone* (LH-RH) de la prolactine et de la progestérone, par rapport à la fausse acupuncture.

L'acupuncture a une action sur la sécrétion des hormones de régulation du stress par leurs glandes (la mélatonine par l'épiphyse, le *cortico-releasing factor* (CRF) par l'hypothalamus, l'ACTH par l'hypophyse, le cortisol par les corticosurrénales), avec un effet clinique pouvant se manifester en quelques jours.

La vraie acupuncture, pratiquée chez des animaux, modifie les réactions immunologiques au niveau cellulaire, améliore nettement la résistance aux infections, et augmente les β et γ globulines, par rapport à la fausse acupuncture (1).

Une action sur les immunoglobulines (IgG, IgM) est vraisemblable, avec un effet clinique pouvant se manifester en une à trois semaines.

La piqûre des points peut même avoir une action biochimique spécifique. Chez le lapin sain, piquer MC6 neiguan (situé sur un méridien Ynn) et le stimuler électriquement élève le thromboxane TXA2 (qui est vasoconstricteur et spasmogène) par rapport au témoin non stimulé électriquement. En revanche, la stimulation de TR5 waiguan (situé sur un méridien Yang) élève la quantité de PG12 (qui est vasodilatateur et inhibiteur de l'agrégation plaquettaire) par rapport au témoin non stimulé (14).

Dans l'analgésie acupuncturale (2, 5)

Pierre Rabischong évoquait un facteur humoral dans l'analgésie (*cf.* chapitre travaux scientifiques).

L'analgésie acupuncturale fait sécréter de la b endorphine par les noyaux de la SGPA. Le degré d'analgésie acupuncturale augmente avec l'élévation de O2, du potassium, du rapport Mg/Ca. On a signalé l'importance de la sérotonine (5-HT) en liaison avec l'efficacité de l'analgésie acupuncturale dans les neurones de la SGPA, et celle de l'acétylcholine centrale (Ach) son antagoniste ; l'atropine bloque en partie l'analgésie acupuncturale. La dopamine (DA) a un effet inhibiteur sur l'analgésie acupuncturale.

Une lésion du *locus coeruleus* augmente l'effet de l'analgésie acupuncturale. Dans l'analgésie acupuncturale, on a noté que l'acide glutamique diminue dans le thalamus, que l'acide gamma amino-botyrique (GABA) diminue dans l'hippocampe, et que les prostaglandines E augmentent.

Une action anti-hypoxique, anti-ischémique et anti-radicalaire ?

Nous avons repris cette hypothèse, développée à la suite d'échanges avec le Pr Magnin (*cf.* chapitre Le point). Tout se passe comme si le traitement du point auriculaire avait une action réflexe antiradicalaire, anti-hypoxique et anti-ischémique. En corollaire, les traitements par auriculothérapie peuvent être compris comme améliorant la res-

piration tissulaire au sein des mitochondries, en régulant les cycles biochimiques au sein des cellules en empêchant la dégradation du potentiel Redox.

Une action énergétique

Tout porte à penser que l'action de cette réflexothérapie serait le métabolisme cellulaire adénosine triphosphate (ATP) et coenzyme du facteur A (CoA) dans les mitochondries et le corps de Golgi, par une cascade de réactions biochimiques dont le cycle de Krebs. Une telle action est bien énergétique, comme tout ce qui intervient à ce niveau. Attribuer le qualificatif énergétique devient un pléonasme. De plus, nous préférons éviter toute assimilation aux « *médecines énergétiques* » en raison de la connotation négative souvent liée à cette expression (15).

Les effets psychiques liés à la piqûre (1, 6, 16)

Ils sont comparables à ceux de toute thérapeutique. Il est bien connu que le caractère insolite, exotique, voire ésotérique entraîne l'adhésion d'une frange de la population, mais il éloignera une autre partie de la population.

Les relations médecin-malade ont été bien étudiées. Comme pour tout acte médical, le médecin est un vecteur plus ou moins puissant. Par son charisme et son enthousiasme, il facilitera l'action du traitement chez les hésitants. En revanche, sa prudence est diversement interprétée.

L'échelle de Hamilton permet de coter l'anxiété et la dépression. Dans la dépression, le système d'adaptation a été dépassé. Dans l'anxiété, il a été compensé. C'est « *l'effet contenant* » décrit par Yunsan Meas (16). Cela explique qu'après avoir traité la dépression, il faut traiter l'anxiété pendant longtemps.

L'acte thérapeutique par auriculothérapie a un effet stressant, qui pourra être suivi de réactions de stress (de type orthosympathique ou de type vagal) chez les personnes particulièrement sensibles ou vulnérables.

Ceux qui ne connaissent pas une thérapeutique qu'ils ne pratiquent pas relient souvent son effet à l'effet *placebo*. Le *placebo* est souvent amplifié par l'attente irraisonnée d'un bénéfice. Il n'est pas plus important en auriculothérapie que dans toutes les autres thérapeutiques (17). Enfin, l'action de l'auriculothérapie chez les animaux (18) plaide bien pour son action.

L'effet psychique est présent en auriculothérapie. Il s'ajoute de façon plus ou moins importante aux autres effets, et entretient une alchimie savante, qualifiable et quantifiable, mais reste dans le domaine du subjectif.

Sites d'action de l'auriculothérapie

De façon schématique, nous savons que l'oreille agit sur le système nerveux, en particulier sur la substance réticulaire, le thalamus, l'hypothalamus, le cortex cérébral et le système limbique. Toutes ces parties sont elles-mêmes connectées de façon plus ou moins directe (fig. 6) :

– la formation réticulaire et le cortex cérébral vont agir, par l'intermédiaire de la moelle épinière, sur les viscères, les vaisseaux, les muscles et les poils ;
– le cortex cérébral commande les réactions motrices et les réactions viscérales ;
– le rhinencéphale et le système limbique sont responsables de l'humeur et des états d'âme (19) ;
– l'hypothalamus, en couple avec l'hypophyse, commande les glandes endocrines et le *feed-back* hormonal. Il est également impliqué dans le contrôle de l'adaptation au stress (fig. 7).

Tout cela n'est pas aussi simple. Un organe peut présenter un trouble s'il est lui-même pathologique, mais il peut également présenter un trouble sous une influence étrangère (un organe agit sur un autre organe). De même, il ne nous faut pas oublier que chaque être humain, que chacun de nous exprime à sa manière sa douleur ou sa pathologie.

Le système de régulation de base (système décrit par Pischinger), c'est l'unité fonctionnelle qui englobe le domaine circulatoire terminal, les cellules du tissu conjonctif et les terminaisons végétatives distales. Le liquide extracellulaire est le

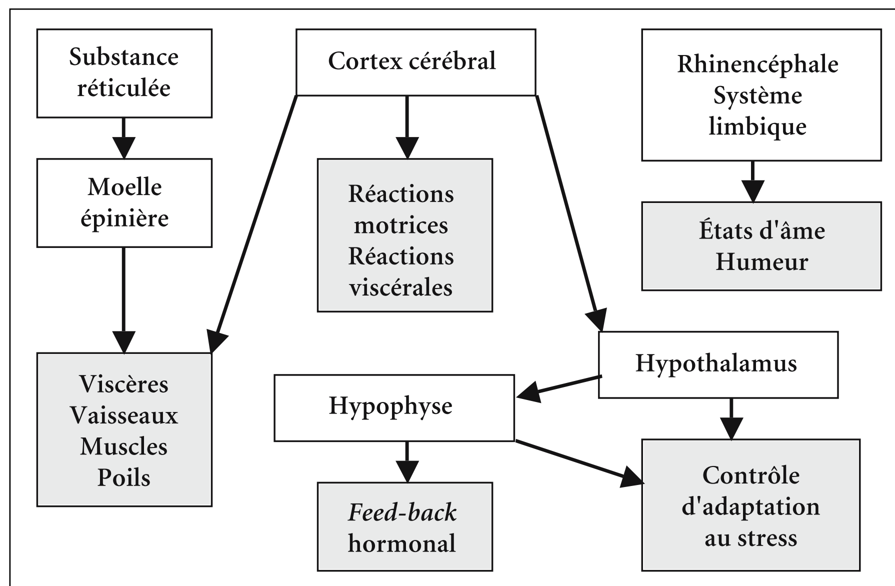


Fig. 7 - Actions du système nerveux.

champ d'action et d'information de cette triade ; les vaisseaux et les organes lymphatiques y sont associés. Il assure la régulation de l'organisation « milieu-cellule » ? Sa compétence s'étendrait à toutes les fonctions vitales (20).

Corollaires pour la thérapeutique

Les différents effets (inflammatoire, sur les systèmes nerveux, biochimique, psychique) se conjuguent et se potentialisent. On serait bien gêné de prétendre à un seul effet. Les différents traitements appliqués sur un même point d'oreille auront des impacts différents :

– **s'il y a effraction cutanée** (aiguille, aiguille semi-permanente, injection de type mésothérapie), nous aurons une inflammation localisée contrôlée liée à l'aiguille dont l'effet persistera pendant quelques jours ou semaines. Cette inflammation va générer des effets chimiques et des effets sur le système nerveux ;
– **la stimulation électrique de l'aiguille** augmentera ses effets et leur rapidité d'apparition ;
– **l'utilisation des procédés sans effraction cutanée** (laser, fréquences électromagnétiques, aimants, lumières colorées) pourra générer des courants électriques induits, un effet photo-chimique, ainsi qu'un effet bio-stimulant (la cellule utilisant l'énergie apportée pour son propre métabolisme). Bien que ces procédés ne soient pas tous validés, on les crédite d'une efficacité indéniable.

De manière schématique et réductrice, nous avons la conviction que l'oreille agit sur le corps par l'intermédiaire du système nerveux central. Ce qui est symbolisé dans le logo (copyright) d'Auriculo. Sans Frontières : l'oreille avec une aiguille, le cerveau, le bébé (fig. 8).

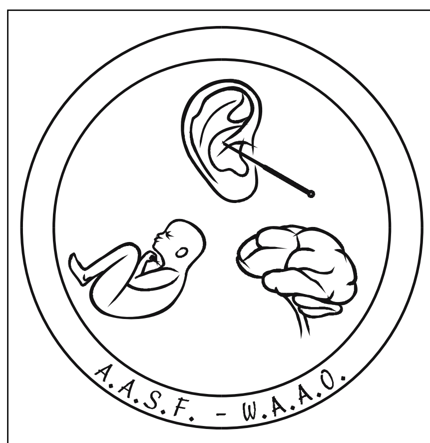


Fig. 8 - Le logo d'Auriculo. Sans Frontières©.

Références

1. Daniaud J (1984) Stimulothérapie. J. Daniaud, Paris
2. Bossy J (1983) Bases neurobiologiques des réflexothérapies. Masson, Paris (1re éd. 1975), 3e éd.
3. Bossy J (1980) Acupuncture, Moxibustion, analgésie acupuncturale (synthèse des symposia de Pékin). Doin, Paris
4. Delmas A (1975) Voies et centres nerveux 10e édition. Masson, Paris

5. Limoge A, Limoge-Lendais I (1993) Neurophysiologie générale, régulation et comportements. Masson, Paris
6. Daniaud J (1964) Stimulothérapie cutanée. Maloine, Paris
7. Boureau F, Willer JC (1979) La douleur. Exploration, traitement par neurostimulation, électro-acupuncture. Masson, Paris
8. Vibes J (2001) Guide de la douleur. Estem, Paris
9. Borsarello JF (2005) Traité d'acupuncture. Masson, Paris
10. Bossy J, Pradal-Prat D, Taillandier J (1984) Les microsystèmes de l'acupuncture. Masson, Paris
11. Leriche R (1940) La chirurgie de la douleur, 2e édition. Masson, Paris
12. Vulliez C (2000) Auriculothérapie appliquée à l'art dentaire. Sauramps médical, Montpellier
13. Dragomirescu C, Gheorghiu NN, Dumitrescu FI (1961) L'action de l'acupuncture sur les composants sanguins et les principales fonctions de défense organique. Rev Int Acup 2: 16
14. Vibes J, Racaud-Sultan C, Pham Huu Chanht (1997) Effets de la stimulation électrique de neiguan (MC 6) sur les taux plasmatiques de thromboxane A2 (TXA2) et de prostacycline (PGI2) et sur les activités thromboxane et PGI2-synthétases du cœur chez le lapin : relations avec le rôle dévolu à ce point d'acupuncture dans le traitement de l'angor pectoris. Actes du 1er Congrès national de la FAFORMEC, Bordeaux
15. Rouxeville Y (2003) Théorie du point auriculaire. Cahiers de biothérapie n° 182, Paris
16. Meas Y (2006) Diplôme de Master 2 de recherche en psychologie cognitive et de développement. Université de Nantes
17. Lemoine P (1996) Le mystère du placebo. Odile Jacob, Paris
18. Krüger CP, Kriiger H (1980) Localisation des points auriculaires et premières expériences d'auriculothérapie en médecine vétérinaire. Revue auriculo-médecine n° 20 Maisonneuve, Moulin-plès-Metz
19. Magnin P (2000) Le système limbique et l'intégration de l'information. Actes du IIIe Symposium international d'auriculothérapie et d'auriculomédecine. GLEM-EIPN, Lyon
20. Pischinger A (1994) Le système de la régulation de base, traduit de l'allemand par le Dr Pelz G. Haug International, Bruxelles

Le diagnostic en auriculothérapie

Y. Rouxeville

Résumé

Son principe consiste à rechercher des points contrastant avec leur environnement.

L'aspect visuel de certaines zones est parfois modifié chez des malades chroniques. Les zones en relation avec la douleur sont douloureuses à la palpation chez les malades algiques ; on peut préciser un point au sein de cette zone. Les douloureux chroniques présentent également des zones insensibles à la palpation.

La peau d'un point pathologique présente une résistance électrique différente de son environnement. Plus le point est pathologique, plus cette variation est importante.

Aussitôt après la stimulation de la peau d'un sujet, il est possible de percevoir une modification de son pouls, ressenti plus tendu pendant quelques battements (RAC). Cette perception subtile d'un pouls plus fort peut être notée après la stimulation d'une zone sensible du corps ou de l'oreille. On estime que le RAC est contemporain de l'analyse par le corps des stimulations effectuées (le toucher, la projection de lumières ou de fréquences électromagnétiques) et à son adaptation à ces microstress.

Les diverses pressions, lumières ou fréquences peuvent être en correspondance avec la clinique, ou avoir une relation d'ordre physiopathologique. Il est possible de préciser les points atteints et leurs anomalies ; le RAC devient une aide personnalisée.

L'inspection visuelle (1-4)

De façon logique, on débutera l'examen en regardant de l'oreille du malade.

La taille de l'oreille

Il n'y a pas de relation établie entre la taille de l'oreille et les fonctions corporelles. Un lobule de grande taille n'est pas synonyme d'une grande intelligence ; un lobule de petite taille n'est pas le reflet d'un encéphale aux possibilités limitées.

L'existence de malformations de l'oreille

Elle doit faire rechercher une malformation rénale. Cette association n'est pas systématique, mais doit nous alerter.

L'existence de plis

Chez les malades stressés et ayant été victime d'un infarctus du myocarde, on a décrit un pli à l'avant du lobule. C'est le signe de Franck (fig. 1).



Fig. 1 - Le pli du lobule (signe de Franck).

La présence d'anomalies ou de taches[1]

Les minutieux observateurs que sont les Chinois ont décrit des modifications cutanées ponctuelles, des varicosités ou de petits bouquets vasculaires dans les régions correspondant à une maladie vasculaire, des plaques avec desquamation dans les régions souffrant de dermatose, ou de petites verrues en des zones correspondant à une tumeur. Ces anomalies ne sont rapportées que dans les maladies chroniques (1).

Johan Nguyen rapporte aussi la notion de lésions cutanées ponctuelles (LCP).

Romoli a retrouvé des télangiectasies dans la zone pathologique correspondant à une maladie avérée. Il indique également qu'un angiome dans une zone de l'oreille peut correspondre à un cancer présent dans la région du corps relative à cette zone (2). En fait, ces anomalies peuvent être retrouvées dans le secteur correspondant à la lésion anatomique (le sectogramme de Romoli) et non à l'endroit précis correspondant à l'organe.

1- Wang Zhaohao, Lin Minghua, Chu Vhuchun (1991) Pratique de l'acupuncture auriculaire. You Fen, Paris

L'exposé de Catia Matucci, en novembre 2006 à Lyon, a été remarqué. Elle a relié la fréquence de pigmentations mélaniques et surtout de nævi sur le pavillon auriculaire, dans les scolioses idiopathiques et/ou avec jambe courte (3).

À titre anecdotique, vider un volumineux comédon de la fosse triangulaire a permis de soulager durablement une lombalgie d'effort rebelle (4).

La palpation (5-8)

La consistance de l'oreille

Il est bien connu que le cartilage a souvent une consistance cartonnée, chez les sujets âgés et scléreux.

Recherche d'une zone douloureuse à la pression (5-7)

Cette technique, simple et logique, permet la détection des points auriculaires correspondant aux organes malades ou douloureux

Ayant fait un diagnostic médical classique chez une personne souffrante, on recherchera les zones douloureuses à ses oreilles. Cet examen se pratique en pinçant l'oreille entre le pouce et l'index. La recherche se fera de façon comparable au pavillon, à la conque, au lobule et au tragus. La palpation sera symétrique et équivalente, afin de comparer les deux oreilles et d'en noter les endroits les plus sensibles. Naturellement, il faut adapter notre pression digitale à la sensibilité du malade.

Cet examen ne nécessite pas de matériel particulier. En peu de temps, il nous apporte beaucoup de renseignements.

Recherche d'un point douloureux dans une zone (5-7)

Quand une zone a été reconnue comme douloureuse à la pression entre deux doigts, il faut préciser quel en est le point le plus sensible.

Pour faire cette exploration, nous utilisons un dispositif médical composé d'une tige métallique de 1 mm^2 de section, pouvant s'enfoncer de 1 cm et maintenue par un ressort taré. C'est le palpeur à pression (fig. 2).

L'exploration se fait point à point

On pose l'extrémité de la pointe sur la zone choisie, en appuyant de façon perpendiculaire à la peau pour faire rentrer la pointe rétractile. On effectuera des appuis successifs et comparables sur des points proches, situés à 1 ou 2 mm les uns des autres.

Lorsque l'appui avec le palpeur à pression déclenche une douleur vive ou une grimace, on retiendra ce point (fig. 3).

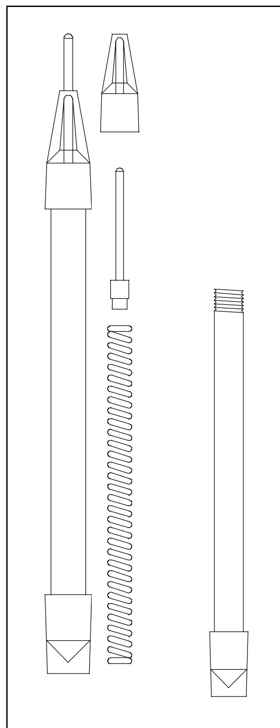


Fig. 2 - Le palpeur à pression.



Fig. 3 - Utilisation du palpeur à pression.

La pression exercée

Elle est à adapter à la sensibilité du malade. Ce palpeur à pression permet d'exercer une pression jusqu'à 250 g/mm^2 . Or, les malades n'acceptent souvent qu'une pression à mi-course (125 g/mm^2). On s'adaptera au malade. L'essentiel est que les mesures des divers points explorés soient comparables, pour ne retenir que les informations évidentes, le contraste entre un point douloureux et son environnement silencieux.

La pointe de l'aiguille

Elle est simplement posée sur la peau et permet de préciser la partie la plus algique du point.

Dans l'expérience de la douleur provoquée, la pince à linge pinçant la peau du genou induisait un point auriculaire douloureux détecté au palpeur à pression. Chez

un malade algique, nous faisons la démarche inverse : le palpeur à pression permet de retrouver les divers points auriculaires « imprimés » dans l'oreille au fur et à mesure de l'évolution douloureuse.

Recherche d'une zone insensible à la pression (8, 9)

On considère que les points détectés à la pression douloureuse ont une relation directe et évidente avec la nociception, avec les organes malades ou douloureux. En revanche, ce schéma est modifié chez ceux qui souffrent de douleurs intolérables ou rebelles, et chez les douloureux chroniques. Les afférences sensitives sont perturbées : l'information ne parvient pas aux centres de contrôle. Des mécanismes d'adaptation et de compensation s'établissent.

Ce type de douleurs est lié à des mécanismes plus complexes que la seule activation des voies nociceptives. La détection des points reliés à ce type de douleurs fera appel à d'autres techniques de détection.

La recherche des points insensibles à une pression dans les 250 g/mm^2, voire de 400 g/mm^2 permet la découverte de points particulièrement efficaces dans les douleurs intolérables, rebelles, chroniques. Ces points seront traités par l'aiguille semi-permanente, ou par l'aiguille reliée à un générateur de microcourants électriques.

La recherche par le froid (5, 7)

Les blocages vertébraux (dérangement intervertébral mineur de Maigne [DIM]) s'accompagnent d'une hypo-esthésie au froid en un endroit de l'anthélix. Pour retrouver cet endroit, on peut utiliser un bâtonnet métallique trempé dans l'eau froide.

La détection électrique (7, 10-12)

Niboyet avait découvert que les points d'acupuncture ont une baisse de résistance électrique (13).

Paul Nogier a noté que plus cette baisse de résistance est importante au point d'oreille d'autant que ce point correspond à une pathologie marquée.

Le détecteur compare la résistance du point (par une électrode ponctuelle de 1 mm^2) et la moyenne de la peau (par une électrode de masse tenue à la main par le patient). En fait, la peau étant plus complexe qu'un matériau industriel, on parlera d'impédance cutanée, et non de résistance.

L'impédance cutanée

Elle est liée à la loi d'Ohm (résistance au passage d'un courant). L'impédance cutanée est plus de cent fois supérieure à l'impédance du milieu interne. Les variations d'épaisseur et de structure de la peau font que l'impédance varie de 50 à 15 000 kOhm. En pratique, l'important est de discriminer des variations d'impédance significatives entre un endroit et un autre.

Les détecteurs différentiels

Les appareils disponibles sont des détecteurs différentiels. Ils effectuent deux mesures successives à l'aide d'électrodes concentriques : celle de la peau du point (1 mm^2) et celle de la peau de son environnement (un cercle de 2 mm de rayon centré sur le point) (fig. 4).

Un microprocesseur analyse la résistance au passage d'un courant continu de 5 µA. Il compare les deux mesures (point/masse, cercle/masse).

La pression doit être constante, les électrodes doivent être perpendiculaires à la peau et à demi-enfoncées (fig. 5). Leur surface de contact doit être constante et

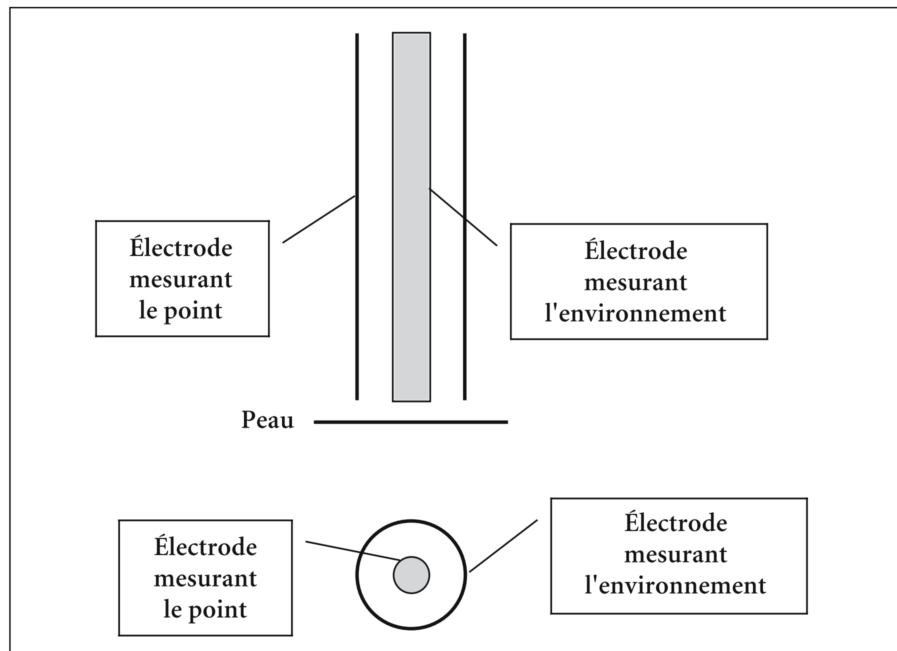


Fig. 4 - Principe des deux électrodes concentriques (détecteur électrique différentiel).



Fig. 5 - Utilisation du détecteur électrique.

complète. Il faut déplacer lentement le système de détection sur la peau, pour laisser au microprocesseur un temps pour les mesures et le calcul.

Un potentiomètre permet de régler le niveau de sensibilité de l'appareil.

Réglage du potentiomètre

On le positionne aux deux tiers de la puissance. Le point zéro étant toujours détectable, il sera utilisé comme référence pour le réglage. On peut également choisir le point oméga (*cf.* chapitre Cartographies, point maîtres, p 150).

L'appareil nous avertira par un signal sonore ou lumineux, si la mesure du point est significative.

Ensuite, on fera la recherche dans les zones probables, point à point. Le potentiomètre sera diminué sur les zones concaves ; il sera augmenté sur les zones convexes.

Interprétation de la mesure des points d'oreille (tableau I)

Points à forte baisse d'impédance

Ce sont des points très pathologiques. Si la baisse d'impédance est forte, on pourra traiter le point par aiguille semi-permanente. Cette aiguille, stimulant ce point pendant des jours ou des semaines, aura un effet profond sur les douleurs ou les troubles

Tableau I - Détection électrique et soins.

Résultats de la détection	*Traitement du point*
Forte baisse d'impédance	Aiguille semi-permanente Aiguille
Légère baisse d'impédance	Aiguille Fréquences électromagnétiques (laser)
Zones en baisse d'impédance	Chercher le point le plus perturbé Chercher un point en excès d'impédance
Zones en excès d'impédance	Régler le potentiomètre
Points en excès d'impédance	Aiguille posée en apnée inspiratoire Fréquences électromagnétiques (laser)

ayant motivé les soins. On peut aussi utiliser l'aiguille classique d'acupuncture, reliée ou non à un générateur de microcourants électriques.

Points à faible baisse d'impédance

Ce sont des points peu pathologiques. Le point étant peu marqué, il ne nécessitera pas un soin puissant. L'aiguille d'acupuncture classique suffira à modifier la qualité de ce point ; les fréquences électromagnétiques (laser) également. Ce point est à considérer comme étant plus fonctionnel que pathologique.

Zones en baisse d'impédance

Quand toute une zone (et non pas un seul point) présente un tel contraste avec le reste de l'oreille, on baissera le potentiomètre au minimum pour trouver le point le plus perturbé de cette zone.

Une autre technique est possible : rechercher dans cette zone le point se présentant à l'inverse, donc en excès d'impédance. Cette dernière approche est comparable à celle des acupuncteurs qui savent rechercher l'envers du décor : « *Dans le Yin en excès, il y a toujours un peu de Yang qui fera basculer l'équilibre actuel…* »

Zones en excès d'impédance

Elles n'ont généralement pas de signification médicale. Il suffit de régler le potentiomètre. En le baissant, on fera une recherche adaptée du contraste existant entre le point et le reste de la plage.

Points en excès d'impédance

Ils correspondent à de petites zones en baisse de vitalité. Les praticiens peu expérimentés éviteront l'aiguille semi-permanente sur ce type de points : elle pourrait être mal ressentie. En revanche, l'aiguille classique d'acupuncture posée pendant quelques secondes en stricte apnée inspiratoire aura souvent un effet bénéfique, ressenti en quelques jours. On peut également effectuer sur ces points un traitement par fréquences électromagnétiques (laser).

Le système Acus (14, 15)

Serguei Timochevski, de Tachkent, a mis au point un système de détection utilisant l'informatique. Des micro-électrodes de 0,2 mm de diamètre sont juxtaposées, chacune étant reliée par une microfibre à un ordinateur. Il est ainsi possible de visualiser sur écran l'état électrique de toute l'oreille et d'étudier dans le détail, mm^2 par mm^2, les diverses variations d'impédance auriculaire.

Ce système expérimental a été évalué favorablement face à un détecteur électrique différentiel. Une évaluation a été également faite de façon favorable, par rapport aux techniques de détection par le RAC utilisées en auriculomédecine (16).

Le système Body-Scanning®

Youri Tkachenko (de Nijni Novgorod), Giuseppe Chidichimo et Enzo Ferraro ont développé une instrumentation et une méthode de mesure de l'impédance des points d'oreille, aboutissant à un appareil nommé Body-Scanning Auriculaire FTDB®.

Claudie Terral a présenté une étude randomisée, utilisant cet appareil dans le diagnostic de cancéreux traités au centre Paul Lamarque (Montpellier) et pour contrôler le diagnostic de malades connus en clientèle de ville (17).

Le diagnostic auriculaire en « auriculo-médecine » (9, 16, 18)

En 1966, Paul Nogier a observé une modification de la qualité du pouls d'un malade dont il touchait l'oreille. Ce n'est pas l'effet du hasard, mais le destin qui l'a conduit à cette découverte : formé à l'acupuncture, il était habitué à la perception subtile des pouls comme on le fait en cette médecine traditionnelle chinoise.

Constatant que ce phénomène était reproductible, il a poursuivi cette approche et mené des recherches pendant une trentaine d'années.

Paul Nogier a nommé *réflexe auriculo-cardiaque* (RAC) la modification ressentie. Or, le RAC n'est pas obligatoire et n'est pas toujours immédiat après une stimulation auriculaire ; de plus, une stimulation de toute partie du corps peut le déclencher. Le nom de baptême n'est donc pas juste.

Pierre Magnin a proposé *vascular autonomic signal* (VAS) en anglais. Pour Anthony de Sousa, la traduction littérale de VAS en français est *réaction autonome circulatoire* (RAC). Dans cet ouvrage écrit en français, nous avons choisi de garder les initiales RAC.

Ce phénomène du RAC, « *pouls activé et dynamique de Nogier* », permet une aide au diagnostic et une meilleure précision des soins. Ces possibilités ont incité Franck Bahr à nommer cette technique « *l'auriculo-médecine* », mauvais terme consacré par l'usage, car il n'y a qu'une seule médecine.

Descriptions historiques sur les variations du pouls lors d'émotions

Dans cet ouvrage, nous ne présenterons que l'effet des stimulations physiques. Néanmoins, l'important est de ne pas méconnaître l'importance des phénomènes émotionnels. Les faits rapportés ci-dessous montrent que les sécrétions d'adrénaline contemporaines des émotions modifient la qualité du pouls.

L'expérience clinique d'Avicenne (16)

Il y a mille ans, Avicenne était le plus célèbre médecin de l'époque. Il exerçait en Asie centrale. La tradition orale rapporte qu'il prenait le pouls le ses malades lorsqu'il les interrogeait. Il fit ainsi le diagnostic de mal d'amour chez un adolescent mélancolique et muet : il percevait le pouls plus fort et plus rapide lorsque ses questions étaient relatives à la situation psychologique causant le trouble psychosomatique.

L'observation de René Leriche (16, 18)

En 1945, René Leriche, professeur au Collège de France, a rapporté dans *Pathologie et chirurgie des artères* une observation singulière. Il avait opéré un malade porteur d'un volumineux anévrisme artério-veineux de la cuisse. Après l'intervention, il persistait un anévrisme artériel pulsatile.

Les jours suivants, faire les pansements déclenchait à ce niveau des battements artériels visibles. Les mois suivants, le simple toucher de la peau, déclenchait « *les mêmes pulsations violentes et douloureuses* ». Il en était de même pour les émotions fortes.

Le RAC est un test clinique utilisant le pouls du malade

De même que les cartographies d'oreille, le RAC n'a pas été décrit par les Chinois.

Description du phénomène RAC (16, 18, 19)

Le toucher de l'oreille (ou du corps) d'un sujet ne produit aucun phénomène visible. En revanche, si l'on analyse le pouls de ce sujet auquel on touche l'oreille, on ressent qu'il paraît plus fort, plus ample, comme si la paroi de l'artère se dilatait (fig. 6B).

Nous percevons une augmentation de tension de la paroi artérielle, qui persiste durant quelques pulsations. C'est ce que l'on nomme le *RAC positif.*

On peut également ne plus ressentir le pouls du sujet, avoir l'impression qu'il est devenu plus faible, plus mou, qu'il s'effondre. C'est ce que l'on nomme le *RAC négatif.*

Le RAC est proportionnel à la réaction du corps. On ne le retient que s'il est unique et très fort (le « rebond »), ou que si le nombre de réactions est supérieur à trois.

Perception manuelle du RAC (9, 16, 18, 19)

Le médecin droitier pose son pouce gauche sur la gouttière radiale (droite ou gauche) du sujet observé. Il effectue une stimulation de la main droite sur l'oreille ou le corps du sujet, et notera alors les modifications du pouls ressenties : à la fois en amplitude (RAC+ ou RAC–), et en durée (nombre de RAC).

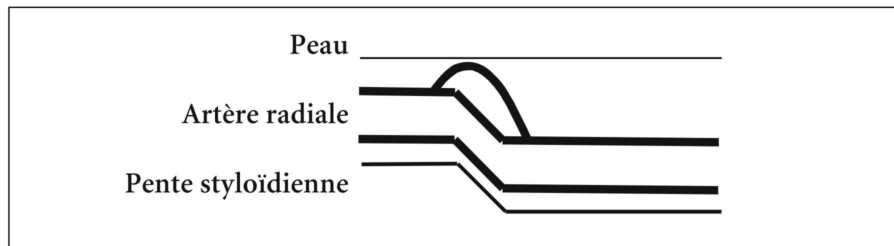


Fig. 6A - Le pouls normal (impression de l'examinateur)

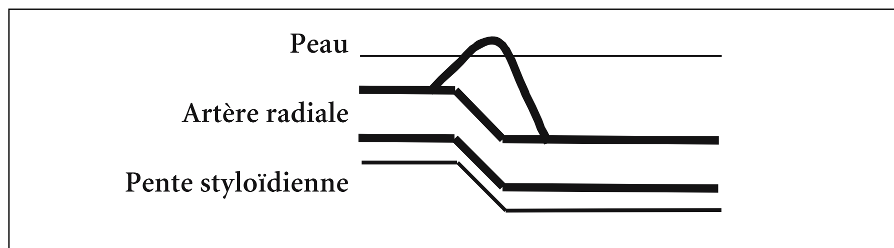


Fig. 6B - Le RAC (B) (impression de l'examinateur).

Le pouce est placé dans l'axe de l'avant-bras du sujet (l'ongle vers le coude), au niveau de la pente styloïdienne. Les deux phalanges du pouce forment entre elles un angle de 60° environ, et la pulpe du pouce forme également un angle d'environ 60° avec la peau de l'avant-bras du sujet examiné (fig. 7). La zone de contact est la pulpe du pouce. L'appui de la pulpe se fera normalement sur l'artère, en évitant un appui latéral sur les flancs radial ou ulnaire de l'artère.

Certains préfèrent la recherche du RAC à deux doigts, avec l'index et le médius de la main gauche.



Fig. 7 - Position du pouce (prise du RAC).

Étalonnage du RAC (9, 16, 18, 19)

Pour être certain de percevoir le RAC, on recommande d'effectuer une stimulation standard, un étalon qui doit déclencher le RAC à coup sûr. Ce pourra être :
– soit un contact léger (une caresse) sur le bras (ou le bord de l'oreille) du sujet ;
– soit l'éclairage du corps du sujet avec un flash de lumière vive ;
– soit l'approche en lumière ambiante d'un « filtre Polaroïd croisés » (deux filtres Polaroïd croisés à 90°) de la ligne sagittale médiane du corps.

Les filtres Polaroïd ont la propriété d'orienter les photons dans un sens particulier ; deux filtres Polaroïd superposés à 90° créent une lumière opaque et sombre (fig. 8).

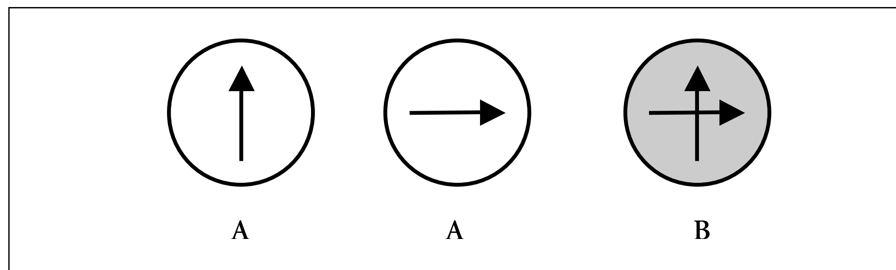


Fig. 8 - Filtres Polaroïd : A : simple ; B : croisés à 90°.

Chez un sujet en bonne santé, le RAC doit se manifester aussitôt après la stimulation, sur une à trois pulsations. Parmi ces trois méthodes d'étalonnage, l'éclairage avec le flash lumineux déclenche le RAC le plus net, le plus facile à percevoir.

Perception ou non perception du RAC ? (16)

La perception du pouls est possible sur les artères superficielles. La recherche du RAC est facilitée si l'artère circule devant une surface osseuse (poignet, cheville, tempe).

Les études de reconnaissance du RAC à l'aveugle oscillent entre 50 % et 80 % de concordance, ce qui montre que cette perception n'est pas liée au hasard, même si elle n'est pas automatique ou obligatoire.

Une importante difficulté de la méthode est son versant subjectif, en partie lié à l'état de confiance et à l'état émotionnel de l'examinateur :

– *non-perception liée au sujet.* La prise de neuroleptiques ou de bêtabloquants rend difficile la perception du RAC. Il en est de même chez les malades spastiques ou atteints de maladie de Parkinson ;
– *non-perception liée à l'examinateur.* La fatigue, la méfiance, le doute et la désinformation conduisent l'examinateur à un échec programmé. Plus le médecin sera confiant, plus il sera détendu et en bonne santé, mieux il percevra le RAC ;
– *non-perception liée au pouce de l'examinateur.* Il faut appuyer légèrement, mais assez fort pour percevoir le pouls. Si l'on perçoit le pouls et non le RAC, on peut déplacer le pouce de 1 à 2 mm (vers le poignet ou vers le coude) et percevoir enfin le RAC non perçu auparavant.

Reconnaissance instrumentale du RAC (16, 19, 21, 22)

De nombreuses tentatives ont été faites dans le but d'enregistrer le RAC. Michel Marignan a réalisé les études les plus significatives, en double aveugle, à l'aide de capteurs de pressions Métravib de très petite taille (1 à 4 mm^2) réagissant à de très grandes vitesses, et un matériel de haute technologie. L'analyse des courbes a permis de noter des phénomènes contemporains du phénomène RAC. Il a pu noter :

– *l'inversion des courbes de pression entre le côté radial et le côté ulnaire de l'artère radiale.* Cela permet de penser que le RAC n'est pas lié à un gonflement de l'artère, mais relié à un phénomène de flambement. Elle peut se tendre lors des à-coups de pression, comme le tuyau du pompiste quand on arrête brusquement le débit ;
– *une modification de la courbe :* concordant à 95 % avec les stimuli, sur une à trois pulsations. Cette concordance n'est que de 65 % entre la perception manuelle et les stimuli ;
– *le raidissement présystolique* est noté dans l'analyse des signaux numérisés. Cette modification de la courbe montre une augmentation de la rigidité pariétale ;
– *au plan mathématique,* une perspective intéressante est celle de l'utilisation de réseaux de neurones dans l'apprentissage de la reconnaissance de courbes (21).

Signification du phénomène RAC (9, 16, 19, 21)

Le pouls est lié à l'onde de pression déclenchée par l'éjection cardiaque et réfléchie par le mur artériolaire digital. L'onde de pression (9 m/s) n'est pas l'onde de propagation de la colonne sanguine (0,9 m/s) (fig. 9).

Le RAC est un phénomène surajouté au pouls et d'une autre nature.

Le raidissement pariétal artériel présystolique est sous l'influence du système autonome. C'est une réaction aux stimuli (émotionnels ou physiques) inconsciente, de nature autonome, s'exprimant au plan vasculaire. Comme Raphaël Nogier l'a bien noté, le RAC apparaît comme un maillon dans la chaîne peau-artère (19, 22).

Apparaissant après une stimulation, le RAC est contemporain de son analyse, de son décodage et du traitement cette information par les centres supérieurs.

La médullosurrénale, sécrétant les catécholamines, joue un rôle dans les phénomènes rapides d'adaptation. Ainsi, le RAC ne peut qu'être compris comme intégré au syndrome d'adaptation. Plus le nombre de RAC est important, plus le test effectué devra être retenu avec intérêt.

Le cortex cérébral et la surrénale sont les acteurs inévitables du phénomène RAC.

Pendant quelques secondes, on observe qu'il se passe quelque chose (ou rien).

Le groupe IRGOVAS a défini le RAC en 2002 : « *La réponse physiologique à une activité neuro-végétative consécutive à un changement de stimulation interne ou externe. C'est un signe des processus d'adaptation de l'organisme.* »

Dans la pratique, le praticien ayant reconnu le RAC, doit en préciser trois points :
– son existence ? Après chaque stimulation, un RAC est il perçu ? Oui ou non ?
– sa valeur ? Est ce un RAC + ou un RAC – ? Réponse normale ou anormale ?
– son importance ? Combien de RAC ? La réaction est-elle légère ou intense ?

Le RAC permet une aide au diagnostic, car l'expérience enseigne que les stimulations peuvent avoir une correspondance physiopathologique.

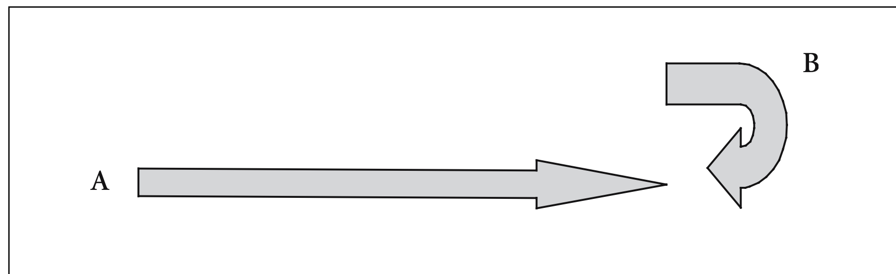


Fig. 9 - L'onde incidente (A) et l'onde réfléchie (B).

Une analogie avec le mascaret ?

Le mascaret se produit à l'aval de certains fleuves dont l'embouchure a une configuration particulière. Au début de la marée montante, le flux s'enfle, lutte pour remon-

ter le courant descendant du fleuve. La configuration du fond permet de comprendre qu'à partir d'un endroit, une vague unique et forte va naître et progresser rapidement vers l'amont sous la forme d'une vague déferlante.

Contrôle du RAC

Le but de cette courte présentation n'est pas de faire un cours complet sur le RAC, ni un cours d'auriculo-médecine. L'auriculo-médecine est une méthode remarquable, mal connue et qui reste encore au niveau de la recherche.

Notre propos est limité à la recherche des points d'oreille. Le RAC est ainsi compris comme une aide au diagnostic en auriculothérapie.

La maîtrise du RAC nécessite une habitude, un entraînement à la fois manuel et cérébral. La pratique régulière est indispensable : chaque jour, ne serait-ce que quelques minutes, chez une ou plusieurs personnes, on fait ses gammes.

Tout point d'oreille détecté par le RAC pourra être vérifié par la détection électrique. Cette méthode instrumentale, expliquée plus haut, est une référence permettant le contrôle de nos perceptions. Ce qui permet de tranquilliser et de sécuriser le praticien, disposant d'une possibilité de contrôle à défaut de contrôles statistiques.

Intérêt des stimulations mécaniques (9, 16, 18)

L'appui du doigt sur le corps déclenche normalement un à trois RAC. On peut appréhender une zone par rapport à une zone voisine : l'appui sur une apophyse épineuse vertébrale dérangée déclenchera des RAC particuliers. De même, l'appui digital sur des racines dentaires pourra orienter vers une dent pathologique.

Pincer l'oreille entre deux doigts permet d'apprécier une zone particulière, réagissant à l'inverse des autres zones. Ce test sera particulièrement utile pour détecter les zones en bordure de l'oreille, en cas d'épuisement du RAC.

Une pression de 70 à 80 g/mm^2 sur l'oreille déclenche quatre RAC + suivis de quatre RAC – et ainsi de suite. Si l'on observe des RAC non rythmés (+ en permanence, ou – en permanence), cette anomalie sera à corriger par la pose d'un aimant local.

Une pression de 160 g/mm^2 sur l'oreille suivie de RAC +, indique que l'on peut traiter ce point. Si le RAC est négatif, il faudra traiter le point symétrique (le même, à l'autre oreille).

Intérêt des stimulations lumineuses (9, 16, 18)

L'effet biologique de l'éclairage lumineux de la peau est connu. La lumière prévient le rachitisme. La lumière est de plus en plus utilisée pour traiter la dépression saisonnière.

L'éclairage de la peau du lapin a été étudié dans les années 1980 par Menezo et Santini (INSA de Lyon) sur des idées originales de Paul et Raphaël Nogier. Par rapport aux animaux témoins, on observe une *baisse* du taux circulant des catécholamines (adrénaline, noradrénaline et dopamine) trois minutes après un éclairage de 300 W pendant une minute (24).

Un flash (fort et bref éclairage) sur le corps (lumière blanche) doit être suivi de RAC positif (photoperception). Si ce n'est pas le cas, la zone explorée est anormale.

L'éclairage répété sur le corps (lumière blanche) a été étudié par Raphaël Nogier qui le compare à un test d'effort du RAC. On compte le nombre de RAC à la suite d'un premier éclairage. Dès que le pouls se normalise, on effectue un nouvel éclairage qui doit être suivi du même nombre de RAC. Ce test répété dix à quinze fois permet de détecter l'épuisement du RAC (une diminution du nombre de RAC) indiquant une fatigabilité du système nerveux et du système d'adaptation.

Un fort éclairage sur l'oreille (lumière blanche) ne doit pas être suivi de RAC, sauf si la zone est anormale. Nous utiliserons un éclairage fort et ponctuel, la lampe à éclairage progressif (LEP) pour scanner l'oreille à la recherche des points anormaux.

L'éclairage en lumière polarisée permet également une détection rapide des zones anormales de la peau de l'oreille et des zones anormales de la peau du corps.

Intérêt des stimulations colorées (9, 16, 18, 19)

L'éclairage coloré de la peau des lapins a été étudié par J. Cahn et Mlle. Borgeix. Ils ont noté que certaines couleurs (jaune 9, rouge 25 et vert 68 de Wratten Kodak) modifient les potentiels évoqués de façon indiscutable, alors que des couleurs voisines sont sans influence sur les réponses évoquées corticales d'origine somesthésique (25).

Chaque couleur présente une plage de fréquences plus ou moins étendue. Des couleurs différentes auront donc des significations différentes.

Un flash (fort et bref éclairage) coloré sur le corps doit être suivi de RAC positif (photoperception), sinon il s'agit d'une anomalie, décrite par Raphaël Nogier et nommée « trou de photoperception » (19).

Un éclairage coloré et prolongé sur le corps ne doit pas déclencher plus de trois RAC, sinon il s'agit d'une anomalie à cet endroit, selon le Pr Magnin (20).

Un éclairage coloré et ponctuel sur l'oreille ne doit pas être suivi de RAC. Si le RAC est perçu après éclairage ponctuel du pavillon auriculaire avec une couleur (filtres Wratten Kodak), on admet depuis vingt ans la signification suivante (tableau II) :

Tableau II - Bilan de l'éclairage coloré des points auriculaires : tests à l'aide du RAC (d'après Paul Nogier).

Couleur	*Signification*	*Soins à apporter*
Rouge 25	Pathologique, organique « phase 1 » de Nogier	Aiguille Aiguille semi-permanente
Rouge 24	Adaptation au stress	Aiguille Fréquences (laser)
Vert 58	Anomalie d'innervation « phase 2 » de Nogier	Aiguille Fréquences (laser)
Bleu 44 en respiration, Orange 21 en apnée inspiratoire	Anomalie de fonctionnement « phase 3 » de Nogier	Aiguille Fréquences (laser)
Orange 21 en respiration, Bleu 44 en apnée inspiratoire	Allergie - Hyper-réactivité	Aimant Fréquences (laser)
Bleu 44 en respiration et en apnée inspiratoire	Fréquent dans allergies graves et auto-immunité « point fixe bleu »	Aimant
Orange 21 en respiration et en apnée inspiratoire	Fréquent dans allergies graves et auto-immunité « point fixe orange »	Aimant

– *rouge 25 :* point pathologique, justifiant l'aiguille ou l'aiguille semi-permanente. Ces points (dits de phase 1) sont généralement détectés en forte baisse d'impédance. Ce sont généralement les points détectés par la douleur provoquée ;
– rouge 24 : point d'adaptation au stress, justifiant l'aiguille. Ces points (dits de phase 5) sont généralement détectés en forte baisse d'impédance ;
– *vert 58 :* point anormal (anomalie d'innervation) correspondant aux points de « phase 2 » décrits par Paul Nogier. Ces points sont généralement détectés en faible baisse d'impédance. La correction peut se faire par l'aiguille, ou par fréquences électromagnétiques (laser) ;
– *bleu 44 :* point anormal (anomalie de fonctionnement) correspondant aux points de « phase 3 » décrits par Paul Nogier. Ces points sont généralement détectés en faible baisse d'impédance. La correction peut se faire par l'aiguille, ou par fréquences électromagnétiques (laser) ;
– *orange 21 :* point « allergique », hyper-réactif. En revanche, en apnée inspiratoire, le RAC doit se manifester après l'éclairage par le bleu 44. Ces points (dits de phase 4) ne sont généralement pas détectés en baisse d'impédance. Pour les traiter, l'aimant ou les fréquences (laser) sont préférables à l'aiguille ;
– *point bleu en respiration automatique et en apnée inspiratoire :* dit « point fixe bleu ». Ce type de point est généralement retrouvé dans certaines maladies psychiatriques graves, ou dans le cadre d'infection virale active. Pour les traiter, on agira comme pour les points fixes orange ;

– *point orange 21 en respiration automatique et en apnée inspiratoire :* dit « point fixe orange ». Ce type de point est généralement retrouvé chez les allergiques profonds, ou dans le cadre de maladie auto-immune. Pour les traiter, l'aiguille est à éviter ; en revanche, on peut les corriger par l'aimant, voire les fréquences électromagnétiques (laser) ;
– de nombreuses autres couleurs peuvent être utilisées, mais ce développement sort de cette courte présentation (16-20).

L'approche d'un filtre coloré à quelques centimètres de la peau peut déclencher le RAC. Ce phénomène peut être compris comme étant une interférence avec des biophotons émis par le corps du sujet (16, 18, 23).

Le noir et le blanc (9, 16, 18)

Ils ont également une signification. Nous utilisons le bâtonnet noir-blanc (fig. 10). Les points en regard desquels son extrémité blanche déclenche le RAC sont en baisse d'impédance ; ils peuvent être piqués (tableau III).

En revanche, les points en relation avec l'extrémité noire seront contrôlés en détection électrique.

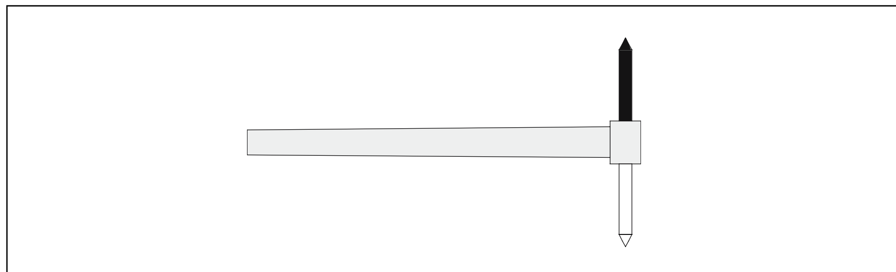


Fig. 10 - Le bâtonnet détecteur noir-blanc.

Intérêt des stimulations fréquentielles (9, 16, 18, 19)

L'éclairage fréquentiel de la peau du lapin a été étudié dans les années 1980 par Menezo et Santini (INSA de Lyon) sur des idées originales de Paul et Raphaël Nogier.

Par rapport aux animaux témoins, on observe une *hausse* du taux circulant des catécholamines, trois minutes après un éclairage de 300 W rythmé à 9 Hertz pendant deux minutes (24).

Tableau III - Bilan de l'approche du bâtonnet noir-blanc d'un point auriculaire : tests à l'aide du RAC.

Valeur (noir ou blanc)	*Vérification en détection électrique*	*Signification*	*Soins à apporter*
Blanc	Baisse d'impédance	Anormal Pathologie	ASP, aiguille Fréquences (laser)
Noir	Hausse d'impédance	Baisse de vitalité défense, terrain	Aiguille posée en apnée inspiratoire
Noir	Baisse d'impédance	Pathologie, foyer (ex. cicatrice)	ASP, aiguille Fréquences (laser)

Les fréquences de Nogier (9, 16, 18, 19)

Dans les années 1970, Paul Nogier a noté que la peau réagit à des lumières fréquentielles. Il a également décrit les diverses zones plages de l'oreille (fig. 11) et du corps (18).

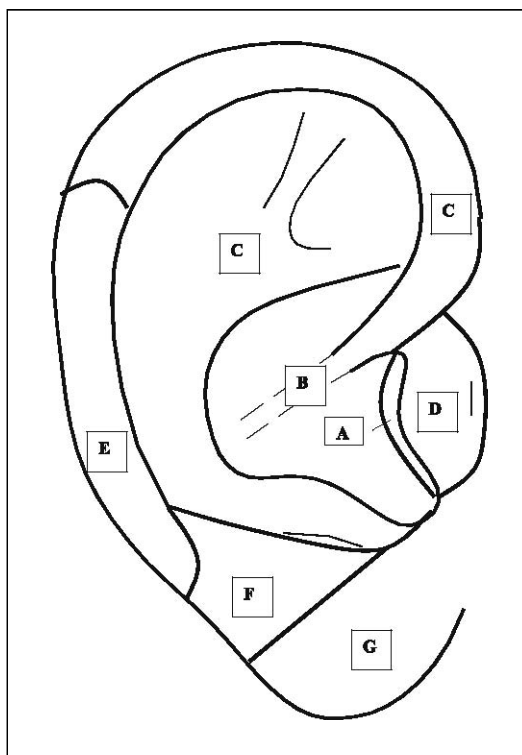


Fig. 11 - Correspondance des fréquences sur le pavillon auriculaire.

Ayant découvert le rythme de ces fréquences, il leur a attribué une lettre de code, pour des raisons pratiques : A (2,28 Hz), B (4,56 Hz), C (9,125 Hz), D (18,25 Hz), E (36,5 Hz), F (73 Hz), G (146 Hz).

Ces rythmes fréquentiels ont aussi une relation physiopathologique :

- A correspond à l'inflammation ;
- B correspond à la nutrition ;
- C correspond au mouvement ;
- D correspond à la coordination entre les hémi-corps ;
- E correspond à la douleur, et aux fonctions de la moelle épinière
- F correspond aux phénomènes sous-corticaux et instinctifs ;
- G correspond au cortex cérébral.

Les fréquences des hémi-corps (9, 16, 19)

En 1987, Paul Nogier a découvert que, chez un droitier (fig. 12) :
- l'application d'une fréquence de 3,75 Hz (dite FB) sur l'hémi-corps droit et sur l'hémi-front gauche déclenche le RAC ;
- l'application d'une fréquence de 8,74 Hz (dite FH) sur l'hémi-corps gauche et sur l'hémi-front droit déclenche le RAC.

Chez le gaucher, c'est l'inverse : 3,75 Hz sur l'hémi-corps gauche et sur l'hémi-front droit, 8,74 Hz sur l'hémi-corps droit et sur l'hémi-front gauche.

Tout se passe comme si ces fréquences correspondaient à un hémisphère cérébral !

Sur le pavillon auriculaire, le RAC déclenché par la projection des deux fréquences associées (battement) ou isolées permet de détecter les points les plus pathologiques.

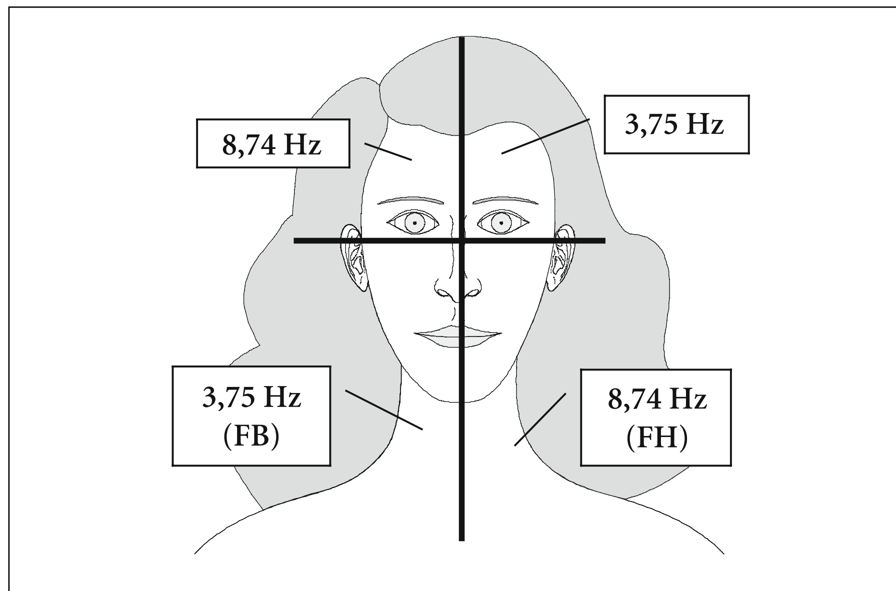


Fig. 12 - Formule normale chez un droitier non contrarié (d'après Raphaël Nogier).

Quelle oreille analyser en priorité ? (tableau IV)

Selon la latéralité du malade

Chez le droitier, on cherchera les organes malades en priorité à l'oreille droite, et les troubles psycho-émotionnels à l'oreille gauche.

Tableau IV - Correspondance entre l'oreille et l'hémi-corps (droitier).

Oreille droite	Recherche prioritaire (somatique) Hémi-corps droit Hémi-face gauche Hémi-face droite (chronique)
Oreille Gauche	Recherche prioritaire (psycho-émotionnel) Hémi-corps gauche Hémi-face droite Hémi-face gauche (chronique)

Oreille et hémi-corps

Un organe peut avoir une correspondance sur les deux oreilles. L'observation enseigne qu'un pavillon auriculaire a des relations préférentielles avec l'hémi-corps du même côté et, dans une certaine mesure, avec l'hémi-face opposée (oreille droite – hémi-corps droit – hémi-face gauche), donc :
– pathologie de l'hémi-corps droit chez le droitier : oreille droite ;
– pathologie de l'hémi-face gauche chez le droitier : oreille droite.

Chez les malades chroniques

On observe fréquemment une inversion :
– pathologie chronique de l'hémi-corps droit chez le droitier : oreille gauche ;
– pathologie chronique de l'hémi-face gauche chez le droitier : oreille gauche.

Références

1. Nguyen J (1989) Auriculopuncture - Encycl. Méd. Nat. (Paris, France), Acupuncture et médecine traditionnelle chinoise, II-2, 12-1989, 16 p
2. Romoli M (2003) Agopuntura Auricolare. Utet, Milano. Italie
3. Matucci C (2006) L'inspection de l'oreille en acupuncture auriculaire : corrélations entre les pigmentations mélaniques et les dysmorphies squelettiques. Actes du Ve Symposium international, Lyon
4. Novak A (1983) La lombalgie et le comédon. Revue Auriculo-médecine n° 30 Maisonneuve, Sainte-Ruffine
5. Nogier PFM (1969) Traité d'auriculothérapie. Maisonneuve, Sainte-Ruffine
6. Nogier PFM (1977) Introduction pratique à l'auriculothérapie. Maisonneuve, Sainte-Ruffine
7. Bourdiol RJ (1980) Éléments d'auriculothérapie. Maisonneuve, Moulins-lès-Metz
8. Nogier P (1981) Comment soulager les douleurs intolérables ? Revue Auriculo-médecine n° 22 Maisonneuve, Moulins-lès-Metz
9. Rouxeville Y (1994) Index des cours effectués par le Dr Paul Nogier du 27 février 1981 au 9 juillet 1994. Peut être consulté sur www.glem.org
10. Leclerc B (1994) Précis d'auriculothérapie. Leclerc, Nevers
11. Rouxeville Y (1995) La détection électrique. Cahiers de biothérapie n° 133, Paris

12. Nogier R (2000) Auriculothérapie 1er degré. Sauramps médical, Montpellier
13. Niboyet JEH (1963) La moindre résistance électrique de surfaces ponctiformes et de trajets cutanés concordant avec les points et méridiens base de l'acupuncture. Thèse de Doctorat ès sciences, Marseille
14. Timochevsky SV (1994) The computer auricular diagnostic data system « Acus ». Annales du I[er] Symposium international d'auriculothérapie et d'auriculo-médecine. Haug International, Bruxelles
15. Vichniakova I (2000) Le système d'information et de diagnostic auriculaire assisté par ordinateur « Acus » : quatre ans de développement. Actes du III[e] symposium international, Lyon
16. Rouxeville Y (2000) Acupuncture auriculaire personnalisée. Sauramps médical, Montpellier
17. Terral C, Rabischong P, Dubois JC (2006) Analyse de la fiabilité de l'auriculo-diagnostic par la lecture du programme Body-Scanning F.T. Data Base. Actes du V[e] Symposium international, Lyon
18. Nogier PFM (1981) De l'auriculothérapie à l'auriculomédecine. Maisonneuve, Moulins-lès-Metz
19. Nogier R (1993) Introduction pratique à l'auriculomédecine. La photoperception cutanée. Haug international, Bruxelles
20. Magnin P (2006) Approche diagnostique et thérapeutique de la chromoluminescence. Actes du V[e] Symposium international. Lyon.
21. Actes d'Alba (2003) Sauramps médical, Montpellier
22. Marignan M, Vulliez C (2000) Le VAS (vascular autonomic signal) enfin élucidé ? Nouvelle méthodologie mathématique de traitement avancé du signal capable de mettre en évidence le phénomène du VAS. Actes du III[e] Symposium international, Lyon
23. Van Wijk R, Ackerman J, Van Wijk A (2006) Human biophoton emission and the VAS. Actes du V[e] Symposium international. Lyon
24. Nogier R (1981) VAS. Stimulations lumineuses cutanées chez le lapin. Leur influence sur les taux d'amines vasopressives. Revue Auriculo-médecine n° 25. Maisonneuve, Moulins-lès-Metz
25. Nogier P, Nogier R, Clément G (1984) Recherche d'éventuelles modifications de la transmission d'influx somesthésiques sous l'effet d'une stimulation de la peau chez le lapin vigile. Revue Auriculo-médecine n° 34. Maisonneuve, Moulins-lès-Metz

Cartographies d'oreille, d'après les travaux de Paul Nogier

Y. Rouxeville

Résumé

Les cartographies décrivent la représentation des organes sur le pavillon de l'oreille sous forme de petites zones. Le point à détecter sera recherché dans ces petites zones.

Différentes cartographies existent. Notre description s'inspire des travaux de Paul Nogier et de ses élèves les plus proches. Elle n'est pas exhaustive, mais recouvre une majorité des zones et points utilisables de façon courante.

Les organes sont représentés sur le pavillon de l'oreille par des zones plus ou moins étendues : le thorax et l'abdomen dans la conque, l'appareil locomoteur sur le pavillon, les muscles à la face postérieure. Sur le lobule ont été décrites les zones correspondant aux fonctions cérébrales.

Un certain nombre de points ont une grande importance. Ce sont les points maîtres.

Une action sur un point d'organe peut également être obtenue en traitant un point situé sur l'axe reliant ce point avec le point zéro.

Notions générales sur les cartographies

Les cartographies décrivent la représentation des organes sur le pavillon de l'oreille, telle qu'elle a été comprise par leurs auteurs. Ce n'est pas l'organe lui-même qui est représenté sur le pavillon auriculaire, mais bien son innervation. On indique, par abus de langage, « *tel organe est* » alors qu'il faudrait préciser « *la représentation de tel organe sur le pavillon de l'oreille est* ». Le lecteur comprendra, et voudra bien nous en excuser.

Depuis ses premières ébauches en 1956 (1), puis son livre princeps (2), Paul Nogier a poursuivi ses travaux de recherche (3-5). En France, les cartographies de René Bourdiol ont bénéficié d'une forte audience (6). Pour sa part, Jean Bossy a insisté sur la représentation du système nerveux périphérique (7).

Dans le monde entier, les écoles et les auteurs ont élaboré diverses propositions, dont les variantes sont légitimes. Les seules cartographies retenues par Marco Romoli dans son traité écrit en Italien (8) sont celles de Bossy, de Bourdiol, de

Durinyan, de Jarricot, de Nogier et de l'Académie chinoise de médecine traditionnelle chinoise (MTC).

Les cartographies établies par Paul Nogier en 1987 ont été retenues en 1994 par Bernard Leclerc (9), en 2000 par Raphaël Nogier (10) et en 2006 dans un cédérom[1]. Celles établies par Paul Nogier en 1989 (5) ont été retenues par Bernard Leclerc (9) et par Raphaël Nogier en 2006 (11).

Tout récemment, Marc LeBel a publié aux États-Unis les cartographies établies par Bernard Julienne et Alain Mallard en 1999 (12).

Au cours de son enseignement oral, Paul Nogier avait décrit d'autres localisations (13).

Comment ont-elle été établies ?

Avant tout, elles sont le fruit de l'étude statistique des points douloureux à la pression chez des malades dont la pathologie est connue. On a également utilisé la recherche du point douloureux à la pression chez des sujets, selon la technique de la douleur provoquée (*cf.* chapitre sur le point, pages 85 et 86).

Des différences peuvent s'expliquer selon le recrutement des malades. Pour Nogier, le genou est bien situé au milieu de la fosse triangulaire, alors que pour les Chinois, il est situé à 5 mm, sur la racine supérieure de l'anthélix (qui sépare la fosse triangulaire de la fosse scaphoïde). La douleur provoquée provoque bien un point douloureux au centre de la fosse triangulaire. En revanche, les Chinois traitent de nombreux malades chroniques et leur opinion ne peut pas être ignorée. À mon avis, les deux localisations sont utiles, celle des Chinois étant sans doute plus utile chez les malades chroniques.

Le développement de la détection électrique a permis de confirmer ou de préciser ces faits.

Plus tard, Paul Nogier a décrit de nouvelles localisations établies à l'aide du RAC (5). Sa méthode est un artifice, car l'expérimentateur analyse les variations du pouls radial chez un sujet normal tenant un extrait d'organe entre deux doigts. Si la qualité du pouls se modifie lors de la stimulation d'un endroit précis du pavillon auriculaire, l'hypothèse émise est qu'il existerait un « point induit par un extrait d'organe tenu par le sujet ». Les détecteurs électriques actuels ne permettent pas la confirmation systématique de cette subtile hypothèse.

1- Natom Auriculo 1.2PC (2006) Logiciel conçu et réalisé par Geckomédia, Castelnau-le-Lez

Dans la zone décrite, on recherchera le point de l'organe

La zone est habituellement petite (un cercle de 5 mm de diamètre) mais peut être plus étendue. En revanche, pour les points maître et les points d'adaptation, la zone est plus petite. Le point n'a pas une topographie constante ; il se situe dans une zone de probabilité. Il peut varier légèrement au fil des jours chez un même sujet. Ainsi, une grande majorité des praticiens estime qu'une cartographie trop précise serait fausse.

Un des intérêts didactiques du cédérom paru en 2006 est la représentation d'un certain nombre de coupes d'oreilles, ce qui permet de vraiment situer les points[1].

Les organes dérivés du mésoderme (2-6, 9, 10)

Ils sont représentés sur le pavillon proprement dit (hélix, anthélix, fosse scaphoïde, fosse triangulaire) innervés par le trijumeau (V 3). De plus, la boîte crânienne a été décrite sur l'antitragus : frontal vers l'avant, occipital vers l'arrière (3).

Les articulations du rachis (fig. 1)

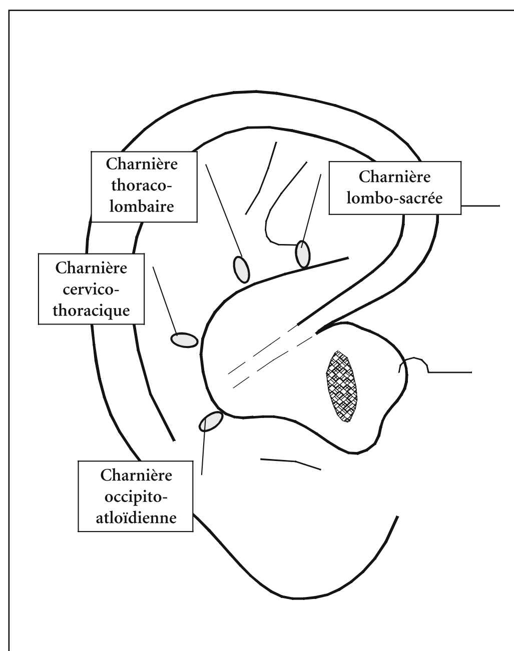


Fig. 1 - Articulations de la colonne vertébrale.

La charnière occipito-atloïdienne est à jonction de l'anthélix et de l'antitragus. Une encoche est perceptible entre ces deux cartilages.

Les charnières cervico-thoracique, thoraco-lombaire et lombo-sacrée peuvent être reconnues d'une part de façon visuelle (modification de la forme de l'anthélix), d'autre part au palper (encoches dans le cartilage).

Les segments du rachis (fig. 2)

– Le rachis cervical débute à 2 mm environ au-dessus de la jonction avec l'antitragus. C'est l'emplacement de l'atlas. Les autres vertèbres cervicales se répartissent la partie arrondie de l'anthélix.
– Le rachis thoracique est situé sur la partie aplatie de l'anthélix. Le gril costal est appendu, sur le versant de l'anthélix côté pavillon.
– Le rachis lombaire et le sacrum sont situés sur la partie anguleuse de l'anthélix, le coccyx étant à l'extrémité de l'anthélix.

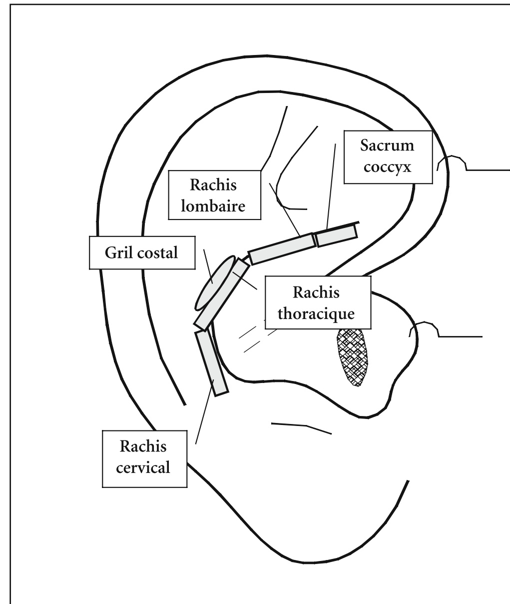


Fig. 2 - Segments de la colonne vertébrale.

Les éléments d'un étage rachidien (fig. 3)

– Les muscles paravertébraux sont représentés sur le versant de l'anthélix côté pavillon.
– L'articulation et les ligaments interapophysaires sont à la partie la plus visible de l'anthélix.
– Le disque intervertébral est à mi-distance entre l'articulation et le mur de la conque.
– Le ganglion paravertébral (Σ ou pΣ) est sur le mur de la conque, ce méplat qui sépare l'anthélix de la conque.

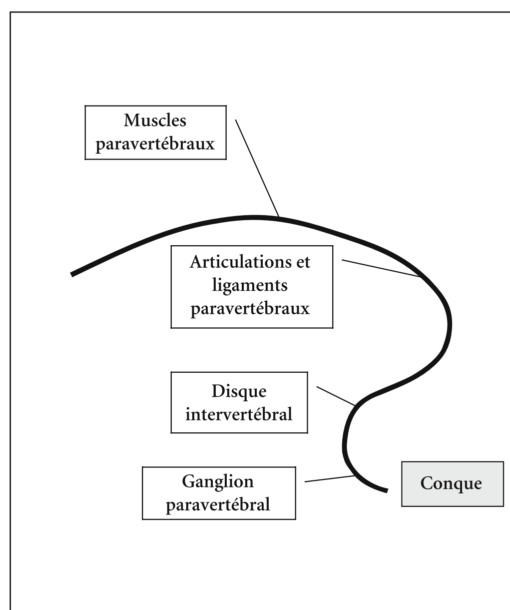


Fig. 3 - Les éléments d'un étage rachidien (section de l'anthélix).

Les articulations du membre supérieur (fig. 4)

Elles occupent la majeure partie de la fosse scaphoïde :
– la zone des articulations de l'épaule est en regard de l'anthélix cervical ;
– la zone du coude est en regard de l'anthélix thoracique ;
– la zone du poignet est en avant du tubercule de Darwin ;
– la zone des doigts et du pouce est au sommet de la fosse scaphoïde.

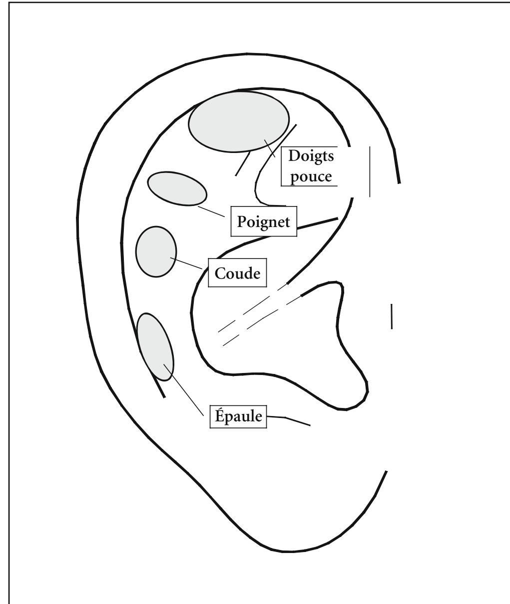


Fig. 4 - Articulations du membre supérieur.

Les articulations du membre inférieur (fig. 5)

Elles occupent la majeure partie de la fosse triangulaire :
– la zone de la hanche est au sommet ;
– la zone du genou en plein milieu ;
– la zone du pied à la base, près de l'hélix.

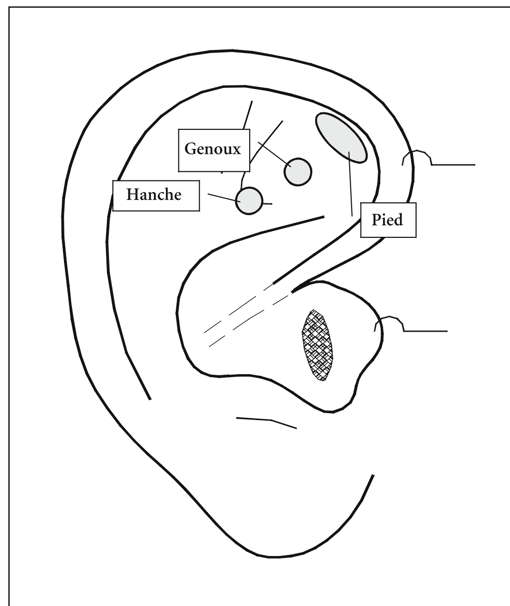


Fig. 5 - Articulations du membre inférieur.

L'appareil uro-génital (fig. 6)

Ils sont représentés à la partie cachée de la branche montante de l'hélix (dans l'ourlet) :
– la zone des gonades (ovaire ou testicule) surplombe l'hémi-conque supérieure ;
– la zone de l'utérus (ou la prostate) est en regard de la racine antérieure de l'anthélix et de la fosse triangulaire ;
– la zone du rein est entre la racine supérieure de l'anthélix et le sommet de l'oreille ;
– la zone de l'uretère est au sommet de l'oreille.

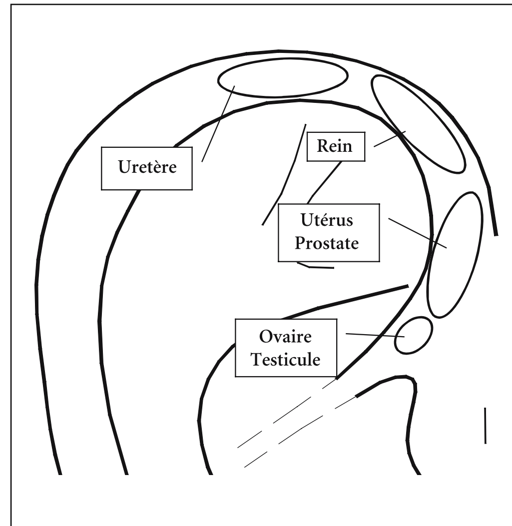


Fig. 6 - Organes génito-urinaires (cachés, sous l'ourlet de l'hélix).

Les organes dérivés de l'endoderme (2, 4-6, 9, 10)

Ils sont représentés sur la conque, innervée par le Pneumogastrique X.

Les organes thoraciques (fig. 7)

Ils sont représentés dans l'hémi-conque inférieure :
– la zone des bronches est linéaire, à l'arrière du conduit auditif (partie inférieure) ;
– la vaste zone des poumons est en partie inférieure de l'hémi-conque ;
– la zone du thymus est à l'angle postéro-inférieur de l'hémi-conque ;
– la zone de l'œsophage est à l'arrière du conduit auditif (partie supérieure).

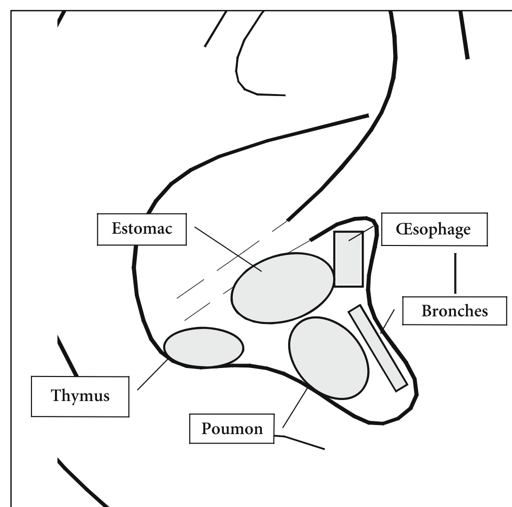


Fig. 7 - Organes thoraciques.

La zone de l'estomac occupe la partie supérieure de l'hémi-conque.

Variations de représentation de l'estomac (fig. 8)

Bourdiol a décrit les variations de surface de l'estomac en fonction de son état : la surface est plus grande pour l'estomac plein que pour l'estomac vide[2].

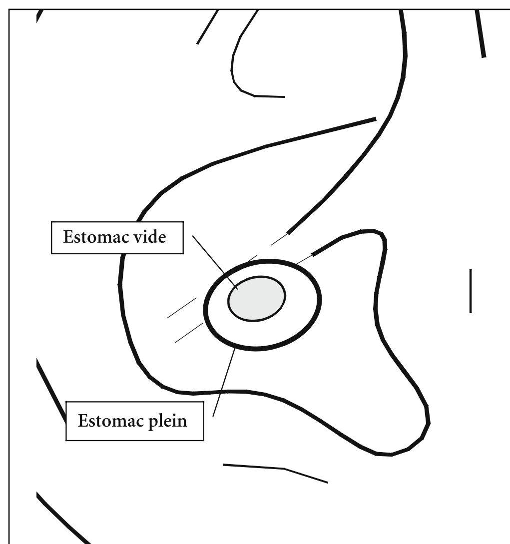


Fig. 8 - Variations de la représentation de l'estomac (d'après Bourdiol).

Les organes abdominaux (oreille droite) (fig. 9)

Ils sont représentés dans l'hémi-conque supérieure :

– la zone du duodénum est au milieu de la racine de l'hélix, et dans la partie voisine de l'hémi-conque ;
– la zone de l'intestin grêle occupe la partie centrale de l'hémi-conque ;
– la zone du côlon droit est à la partie antéro-inférieure (en regard de la branche montante de l'hélix) ;
– la zone du foie occupe une place importante en partie postérieure de l'hémi-conque (jusqu'au mur de la conque) ;
– la zone de la vésicule biliaire se situe à l'avant du foie.

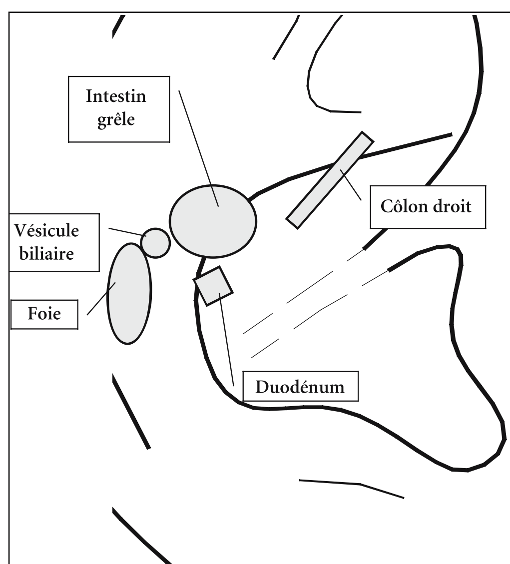


Fig. 9 - Organes abdominaux (oreille droite).

2- *Bourdiol RJ (1980) Éléments d'auriculothérapie. Maisonneuve, Sainte-Ruffine*

Les organes abdominaux (oreille gauche)

(fig. 10)

– le foie a une petite représentation en partie postérieure ;
– la zone du pancréas est à l'avant du foie, proche du mur de la conque ;
– la zone du côlon gauche est à la partie antéro-inférieure (en regard de la branche montante de l'hélix) et se poursuit par le rectum ;
– l'anus est situé à l'extrémité de l'hémi-conque, juste sous l'extrémité de l'anthélix : c'est le « point des hémorroïdes », situé juste sous le point du coccyx.

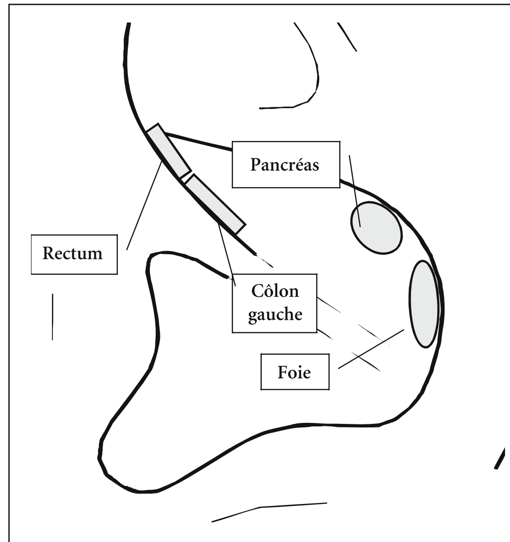


Fig. 10 - Organes abdominaux (oreille gauche).

Les organes pelviens

(fig. 11)

– la zone de la vessie occupe la partie antéro-supérieure de l'hémi-conque supérieure ;
– l'urètre est représenté par une ligne à l'avant de la vessie.

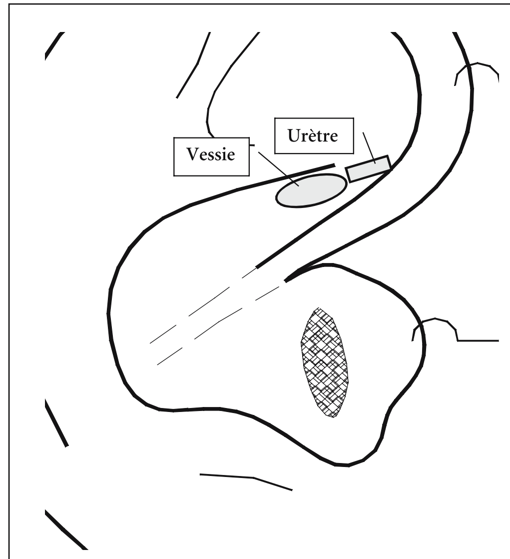


Fig. 11 - Organes pelviens.

Les organes dérivés de l'ectoderme (4-6, 9, 10)

Ils sont décrits sur la partie inférieure du pavillon, sur l'antitragus et sur le lobule. On voit partout des cartographies représentant le système nerveux central. Comment ne pas s'étonner que les officiels s'en offusquent ?

Des voix se sont élevées pour ne pas reconnaître ces localisations, en raison du fait que le système nerveux ne pourrait pas se représenter. En raison d'un manque de consensus, le groupe de travail sur la nomenclature (OMS, Lyon, 1990) n'a inscrit aucune localisation du système nerveux sur le lobule. On peut rappeler que le cerveau est interprétatif, et non pas récepteur. Quoi qu'il en soit, le traitement de ces zones est efficace sur certains symptômes et certaines fonctions. L'explication pourrait être vasculaire (régulation autonome des vaisseaux irriguant ces organes nerveux). La présentation est faite d'après les cartographies et noms attribués par Paul Nogier (4, 5).

Le système nerveux autonome (fig. 12)

La chaîne ganglionnaire paravertébrale est à rechercher sur le mur de la conque (le méplat situé entre l'anthélix et la conque) :
– le premier ganglion est au niveau de la première vertèbre cervicale ;
– le ganglion stellaire est au niveau de la charnière cervico-thoracique, et ainsi de suite ;
– le parasympathique sacré se situe dans le mur de la conque au niveau du sacrum ;
– le parasympathique crânien est au mur de la conque, en regard de l'antitragus.

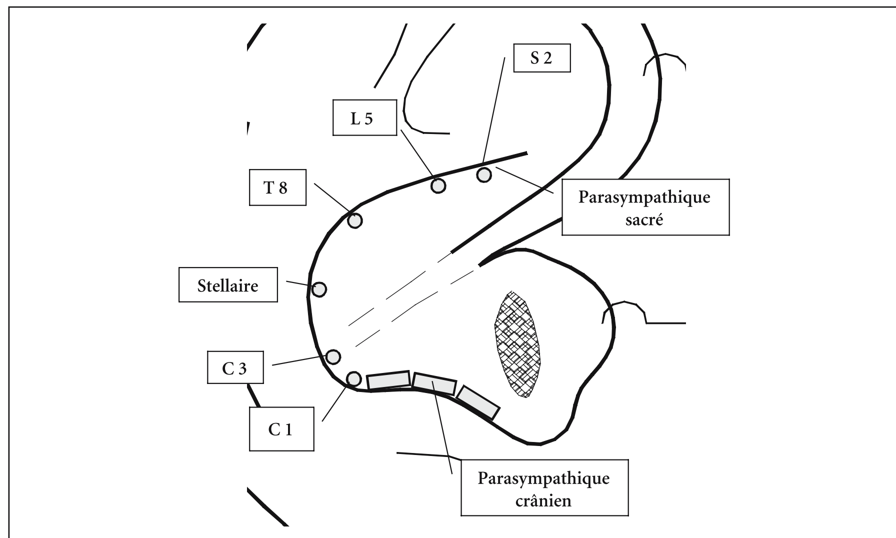


Fig. 12 - Le système neuro-végétatif (représenté au mur de la conque).

Le système nerveux extracérébral (fig. 13)

Il est représenté à la partie inférieure du pavillon :
- la moelle épinière est notée comme une surface linéaire dans l'axe du bord inférieur de la racine de l'hélix ;
- la formation réticulaire est représentée sur une surface linéaire sous la moelle ;
- la zone du cervelet est située à l'arrière de l'antitragus et à la partie inférieure de l'anthélix ;
- la zone du bulbe sera retrouvée à la partie basse de la queue de l'hélix.

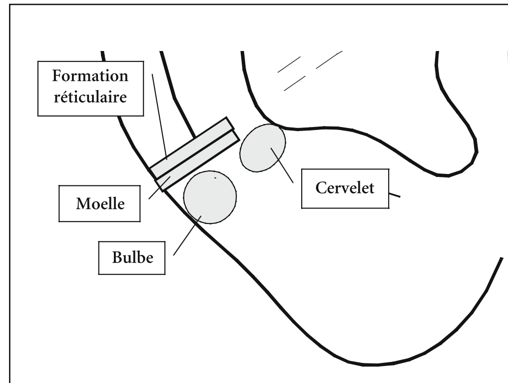


Fig. 13 - Le système nerveux extracérébral.

Le sous-cortex (fig. 14)

- la zone du thalamus est à rechercher sur l'antitragus (dans sa partie qui surplombe le conque) ;
- la zone allongée de l'hypothalamus est située en-dessous du sillon sous-antitragal (dit la ligne des sons) ;
- le noyau rouge est décrit à l'avant du cervelet, sous l'antitragus ;
- le locus niger se situe entre le bulbe et l'hypothalamus ;
- le striatum est placé à l'avant de l'antitragus et de l'hypothalamus.

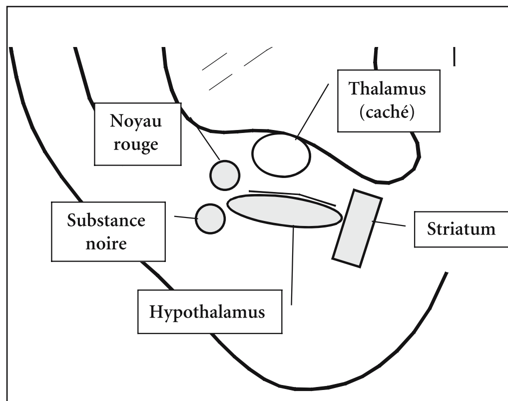


Fig. 14 - Le sous-cortex.

Le cortex cérébral

(fig. 15)

Il est représenté à la partie inférieure du lobule.

Le cortex préfrontal a une vaste représentation antéro-inférieure.

À la partie postéro-inférieure, nous retrouvons successivement en arrière les zones correspondant au cortex frontal, au cortex temporal, au cortex pariétal et au cortex occipital.

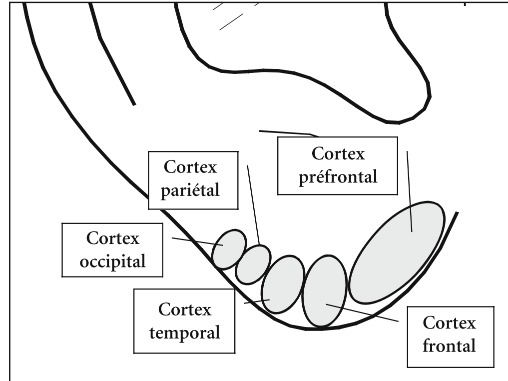


Fig. 15 - Le cortex cérébral.

Le système limbique

(fig. 16)

- Il a été décrit à la partie antéro-supérieure du pavillon, sous l'échancrure intertragienne.
- Le noyau amygdalien est à l'arrière de l'échancrure.
- L'hippocampe se situe en-dessous.
- Le gyrus cingulaire est à l'avant de l'hippocampe.

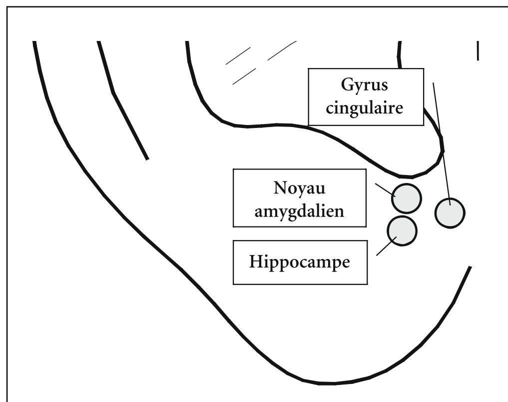


Fig. 16 - Le système limbique.

Le système endocrinien

(2-6, 9, 10)

Les glandes endocrines

(fig. 17)

– La zone de l'hypophyse occupe l'échancrure intertragienne.
– La thyroïde est à rechercher sur le mur de la conque, à l'avant de l'antitragus.
– La parathyroïde est décrite sur le mur de la conque, près du tragus.
– Les surrénales sont représentées en une vaste zone, sur la partie haute de la branche montante de l'hélix.
– La zone des gonades (ovaires et testicules) est cachée sous la partie basse de la branche montante de l'hélix.

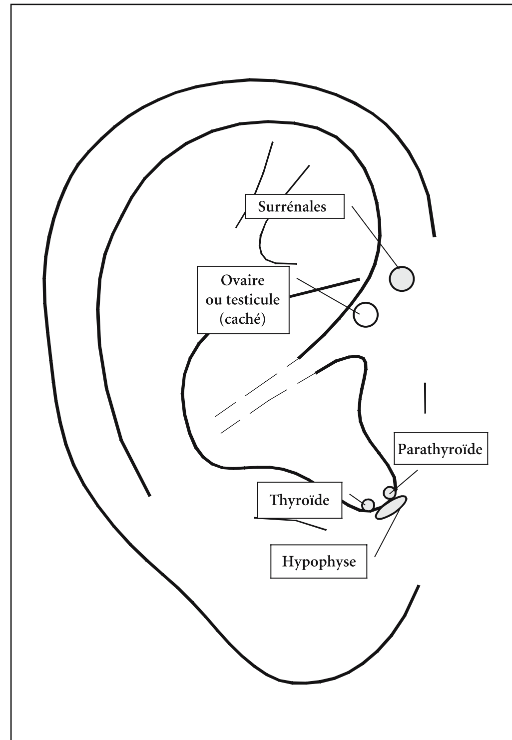


Fig. 17 - Les glandes endocrines.

La face postérieure de l'oreille (6, 9, 10)

René Bourdiol a montré le premier l'intérêt de cette partie de l'oreille. Bernard Bricot puis Michel Marignan ont observé des relations avec le système musculo-tendineux.

De façon schématique, il existe une correspondance entre la face externe de l'oreille et la face postérieure. Alors que les articulations sont représentées sur la face externe, les muscles et tendons sont généralement retrouvés à la face postérieure. De même, si la détection en face externe (visible) est inopérante alors que le point devrait être perçu, il faut savoir retourner l'oreille pour détecter au même endroit, en face postérieure.

Les muscles rachidiens

(fig. 18)

Ils sont représentés tout au long de la gouttière rétro-anthélicale.

– Nous avons indiqué les muscles lombaires, dorsaux, de la charnière cervico-thoracique, et les muscles courts de la nuque.

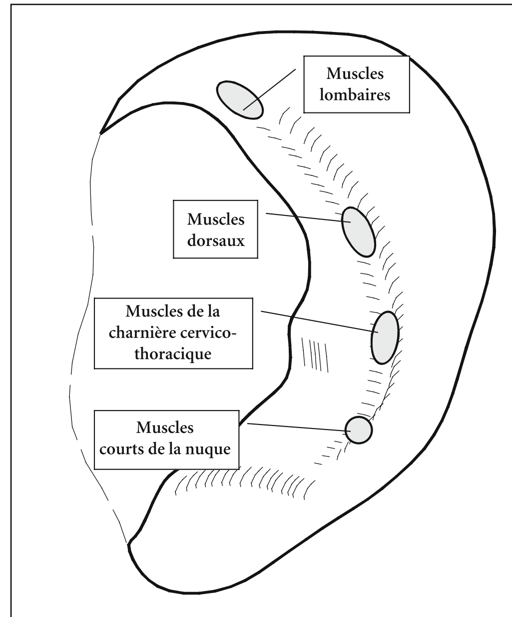


Fig. 18 - Les muscles rachidiens.

D'autres groupes musculaires (fig. 19)

– Les muscles de la ceinture scapulaire et de la ceinture pelvienne sont fréquemment retrouvés.

De nombreux muscles s'attachent sur les aponévroses d'autres muscles. Une contracture peut avoir un effet de chaîne, et la douleur ressentie sera souvent à distance du trouble causal. On saura rechercher les contractures des muscles du pied, des muscles manducateurs et des muscles oculomoteurs.

– La petite zone située au milieu de l'oreille et près du sillon céphalo-auriculaire, nommée « point zéro postérieur », correspond aux piliers du diaphragme. Elle est régulièrement efficace dans les éructations et l'aérophagie.

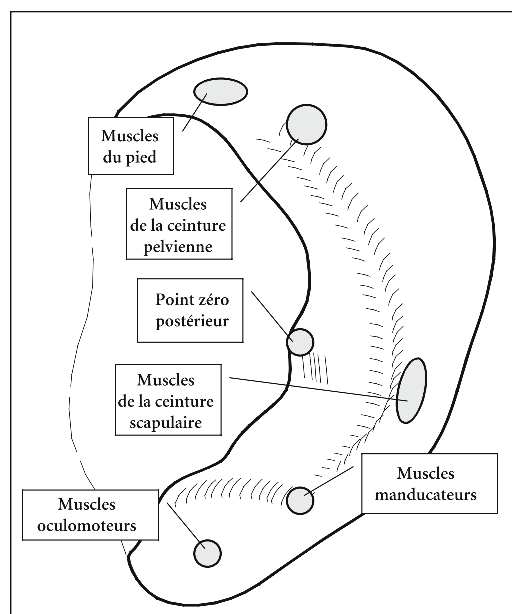


Fig. 19 - D'autres groupes musculaires.

Les points maîtres (2, 3, 6, 9, 10)

Ils n'ont pas une action particulière sur un organe. Ce sont de petites zones, ponctuelles. Les points maîtres sont les points de commande d'une zone, ou d'une partie du pavillon de l'oreille (ex. le point zéro prime, point maître du tragus). Ils peuvent agir sur des symptômes généraux (ex. le point maître d'allergie) ou sur certaines fonctions (ex. le point maître olfactif).

Leur utilisation décuple l'effet de la seule puncture du point d'organe.

Leur importance est telle qu'ils ont été regroupés en neuf planches, soit environ le tiers des planches présentées.

Les principaux point maîtres (fig. 20)

Le point zéro est situé dans une dépression du cartilage, entre la racine de l'hélix et la branche montante. C'est le point maître de la conque, du parasympathique, du pneumogastrique (X). On a dit qu'il représentait la cicatrice ombilicale. Considéré comme le point capital à connaître et utiliser, il est aussi le point de référence électrique. C'est le point à faire en fin de séance, pour harmoniser le tout.

Le point zéro prime est situé au milieu du sillon prétragal. C'est le point maître du tragus, des liaisons entre les deux oreilles. Il permet de fixer une latéralité labile. Il a surtout une action antistress majeure.

La zone du nerf Trijumeau (V1, V2, V3) : elle est linéaire et située au bord postéro-inférieur du lobule. Elle permet d'agir sur les pathologies dans lesquelles ce nerf est impliqué (névralgies, acné du visage).

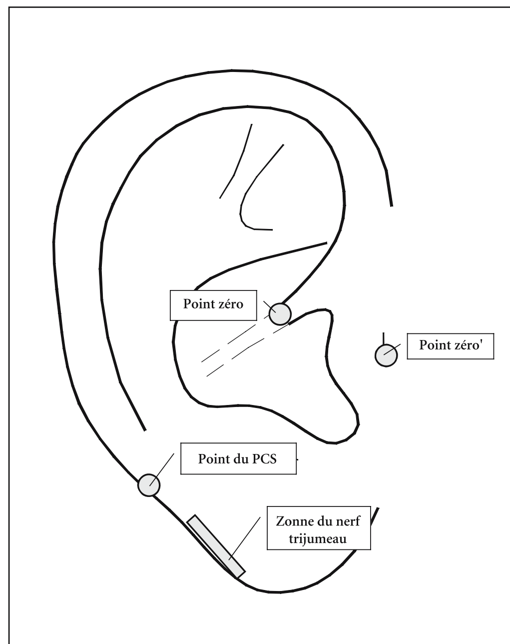


Fig. 20 - Les principaux points maîtres.

Le point du plexus cervical superficiel (PCS) : il est utile dans le traitement des cervicalgies, de la névralgie d'Arnold. De plus, il est efficace dans les ronflements.

Des points maîtres très importants (fig. 21)

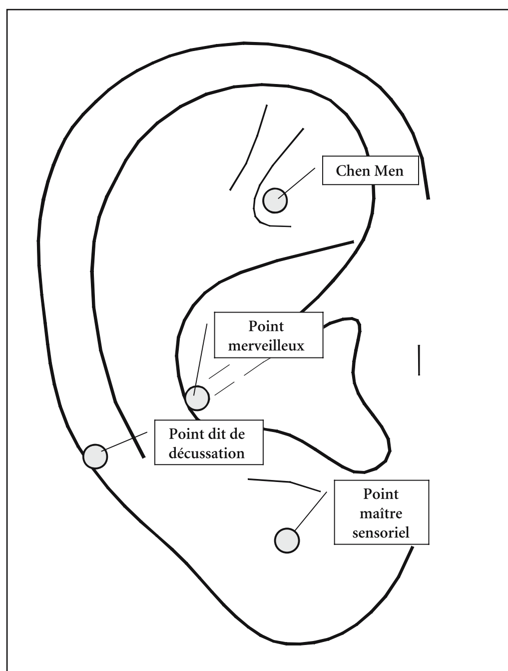


Fig. 21 - Des points maîtres très importants

Le point Chen Men[3] : c'est le point maître de la zone. Décrit par les Chinois, il a un double effet : un effet analgésiant majeur et une action mentale équilibrante.

Le point maître sensoriel (PMS) : c'est le point maître du lobule, situé en son centre. Il est apparu avoir une action équilibrante des divers sens (odorat, vue, gustation), et une action de coordination des afférences sensitives.

Le point merveilleux : c'est un point ayant une action régulatrice du stress (ACTH). Il peut aider à normaliser certaines hypertensions artérielles de stress. Il est situé à l'extrémité de la racine de l'hélix.

Le point dit « de décussation » : situé sur la queue de l'hélix, dans l'axe de la racine de l'hélix passant par les vertèbres C2-C3. Il a été initialement nommé « point maître médullaire » (3).

3- L'orthographe de ce point décrit par les Chinois est « shenmen ».

Des points maîtres importants (fig. 22)

Le point d'allergie : est situé sur l'hélix, au sommet de l'oreille. Il a une action sur les toutes les manifestations d'allergie. En avant de ce point, existe le point « oméga seconde », dit également point maître du mésoderme.

Le point de la réactivité, décrit par Bourdiol : situé près de l'attache antérosupérieure de l'oreille.

Le point dit point maître du thalamus : en plein milieu de l'antitragus. Il est apparu avoir un rôle dans la coordination des afférences nociceptives. Il a été primitivement nommé « point maître cérébral » (3).

Le point de Bosch : est situé en avant de l'attache supérieure du tragus, au bord inférieur de la branche montante de l'hélix. C'est le point du pénis (ou du clitoris).

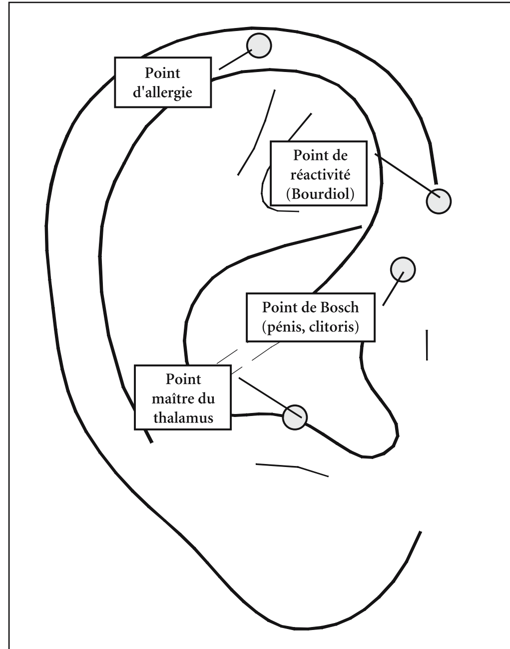


Fig. 22 - Des points maîtres importants.

Des points maîtres (fig. 23)

Le point maître d'élimination : est dans l'ourlet de l'hélix, entre les localisations du rein et de l'uretère. Il aide à l'élimination aqueuse.

Le point maître des organes abdominaux : en plein centre de

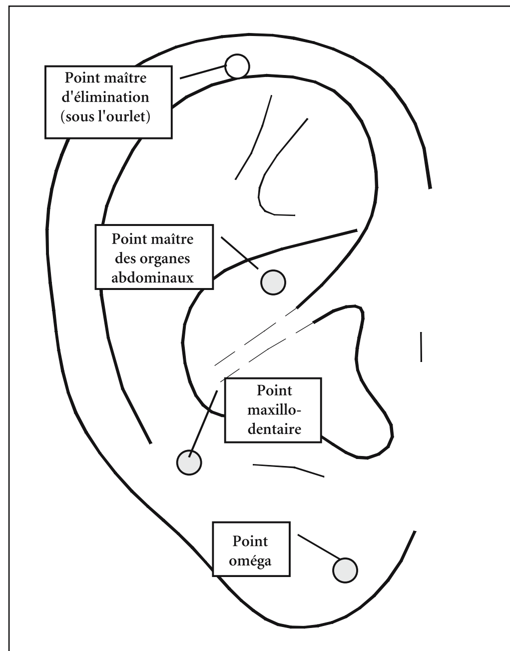


Fig. 23 - Des points maîtres.

l'hémi-conque supérieure. Il est également nommé « oméga' ». Il a une action équilibrante sur les viscères abdominaux.

Le point maxillo-dentaire : c'est en fait le point de l'articulation temporo-mandibulaire, qu'il permet de soulager, surtout s'il est transfixiant.

Le point oméga : est situé à la partie antéro-inférieure du lobule. Il a une action sur les structures cérébrales perturbées. C'est le point-maître de l'ectoderme.

D'autres points maîtres

(fig. 24)

Le point maître du Darwin : est situé à l'encoche cartilagineuse du tubercule de Darwin. Il est utile dans les troubles de l'attention, et dans les troubles douloureux des membres.

Le point maître de l'audition : est situé au milieu du bord postérieur du tragus. Il fait partie des points utilisés pour soulager les acouphènes.

Le point maître de la peau : est situé sous le tragus, à quelques millimètres du bord du tragus. Il est utile dans le traitements des maladies de la peau (eczéma, verrues).

Le point maître des articulations : est situé à l'articulation occipito-atloïdienne. Il faut y songer dans tous les traumatismes importants, surtout crânien et du rachis.

NB. L'OMS a retenu (1990) le point « San Jiao » décrit par les Chinois à l'avant de l'hémi-conque inférieure et correspondant aux trois foyers.

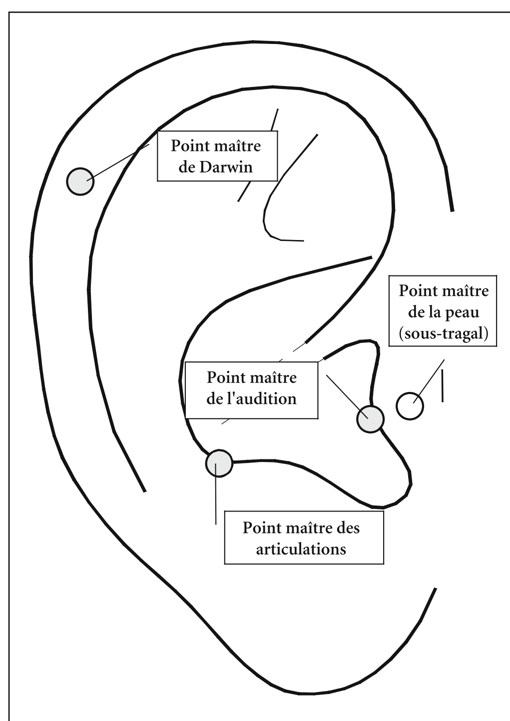


Fig. 24 - D'autres points maîtres.

Points maîtres de la face (fig. 25)

Le point de l'œil : au milieu et en bas du lobule. C'est le point traditionnel des boucles d'oreille.

Le point de la gorge : en haut du conduit auditif. Il est utilisé pour la gêne amygdalienne et les troubles de la voix (cordes vocales).

Le point olfactif : à l'avant du lobule. Il est utilisé dans le coryza spasmodique et les troubles olfactifs.

La ligne des sons : c'est le sillon sous-antitragal. On utilisera cette zone dans les acouphènes, voire dans le versant émotionnel relié aux sons (les sons aigus sont vers l'avant, les sons graves sont vers l'arrière).

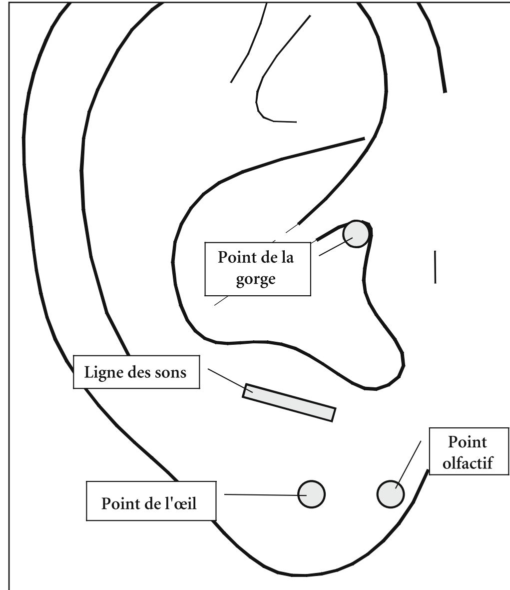


Fig. 25 - Points maîtres de la face.

Les points reliés à l'adaptation au stress

(fig. 26) (4, 5, 9, 10)

Ils sont efficaces dans le traitement des multiples affections liées au stress émotionnel.

Les points reliés à l'ACTH : ils sont trois : l'un en avant du tubercule de Darwin, un autre à l'arrière du lobule, le dernier en partie inférieure du bord postérieur du tragus

Il existe aussi trois points généraux, de synthèse : le point zéro prime (hypothalamus), le point merveilleux (l'ACTH), le point maître sensoriel (Cortisol).

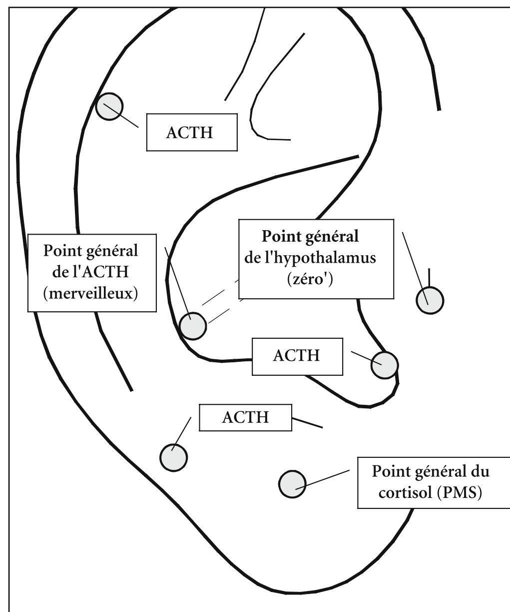


Fig. 26 - Points maîtres reliés à l'adaptation au stress.

Les points reliés au système épiphysaire

(fig. 27) (4, 5, 9, 10)

Ils sont plutôt indiqués dans le cas de pathologie grave, fixée, organique.

Le point épiphyse 1 : est situé hors du pavillon de l'oreille, sous l'attache inférieure du tragus. Il a un tropisme pour le système nerveux.

Le point épiphyse 2 : est situé à la partie supérieure du tragus, en arrière du point de Bosch. Il a un tropisme vers les organes dérivés du mésoderme.

Le point épiphyse 3 : est situé dans l'hémi-conque supérieure, près du mur de la conque. Il a un tropisme vers les organes dérivés de l'endoderme.

Le point général d'épiphyse : est situé dans le sous-tragus, au niveau du point zéro prime. On le traitera avec prudence (fréquences, Laser ou aimant) pour éviter les réactions intempestives notées chez des malades hyperréactifs.

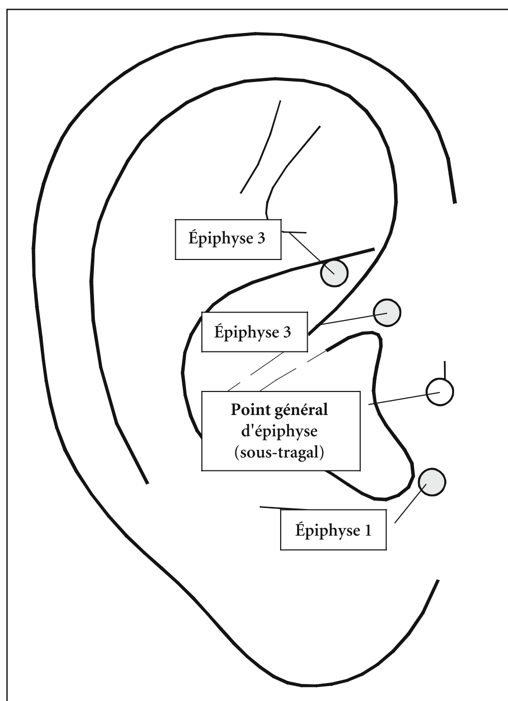


Fig. 27 - Points reliés au système épiphysaire.

Les points psychiques

(4, 6, 9)

Ils correspondent à des situations mentales bien définies (fig. 28).

Le point d'agressivité : situé à la partie antéro-supérieure du lobule, il est particulièrement utile dans les situations de ten-

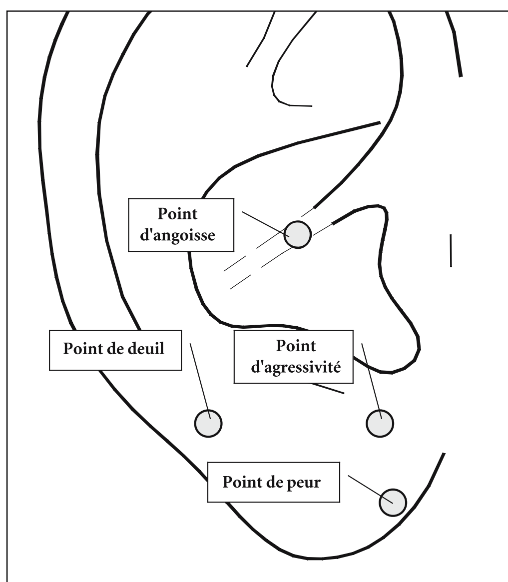


Fig. 28 - Points psychiques.

sion émotionnelle (actuelles, passées ou prévisibles) avec agressivité. Donc, ne pas l'oublier dans le traitement du tabagisme.

Le point d'angoisse : situé sur la racine de l'hélix, entre le point zéro et le duodénum. Il correspond au plexus solaire.

Le point de peur : situé en bas de la partie antérieure du lobule. C'est le point du trac, de la peur d'anticipation.

Le point de deuil : c'est le point d'ACTH du lobule. Il est indiqué dans les situations de rupture (décès, divorce, licenciement).

La géométrie de l'oreille (6, 8, 9)

Il est fréquent de trouver sur l'oreille d'un malade, non pas un point, mais plusieurs points alignés. L'expérience nous enseigne qu'il est possible d'agir sur un point d'oreille en agissant sur d'autres points reliés à lui par construction géométrique.

Le point zéro (point de référence) est impliqué dans les constructions géométriques « harmoniques » des trois situations décrites par Paul Nogier (le point homologue, le point de bordure, la réflexion en bordure).

Le point homologue

Par rapport au point zéro, c'est le point symétrique du point d'organe. Ainsi, le point homologue du point d'épaule est situé sur le tragus (fig. 29) et permet de soulager des scapulalgies rebelles.

À titre de comparaison, pour équilibrer les plateaux d'une balance de Roberval, il est possible de modifier les poids de l'un ou l'autre des deux plateaux.

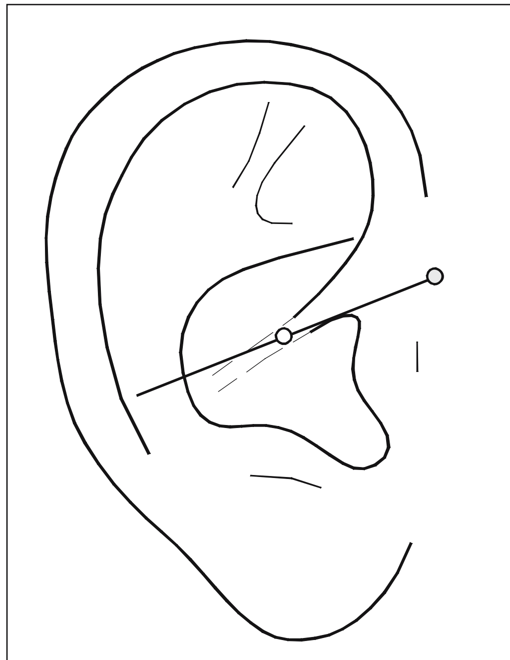


Fig. 29 - Point homologue du point d'épaule.

Le rayon et le dermatome

Le rayon est l'axe virtuel partant du point zéro et passant par un organe. Pour désigner les rayons, on les nomme du nom de la vertèbre correspondante.

Le rayon représente en fait le dermatome correspondant à cet étage vertébral. Tous les points du rayon peuvent agir sur ce dermatome et ses affections correspondantes (zona, névralgie), et tout particulièrement le point de bordure (fig. 30).

À titre de comparaison, comme dans la balance romaine, on recherche la bonne position sur le fléau.

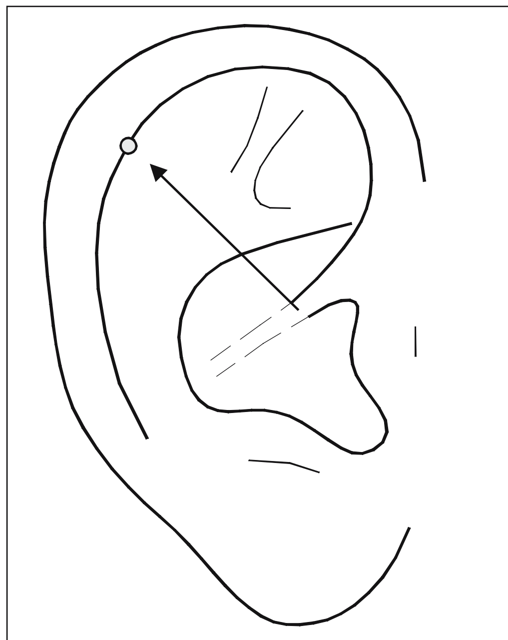


Fig. 30 - Le rayon T 9 et le point de bordure.

La réflexion en bordure

À partir de ce rayon virtuel, Paul Nogier a également décrit une correspondance plus élaborée : la réflexion à 30° à partir de ce point de bordure (fig. 31). Cette disposition est assez intéressante dans les cas chroniques : agir sur ces points pourra permettre de traiter les douleurs postzostériennes.

À titre de comparaison, pour toucher une boule au billard, on peut passer par la bande au lieu de faire un coup direct !

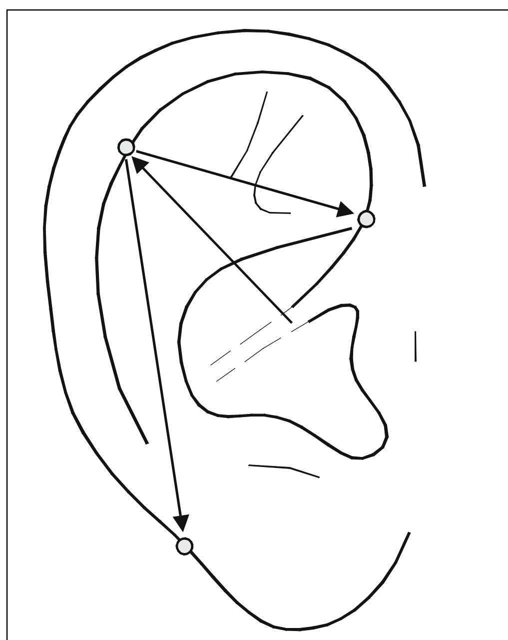


Fig. 31 - La réflexion de bordure à 30°.

Et le tragus, que représente-t-il ?

Il n'est plus possible de répéter que ce serait la représentation du corps calleux et des commissures inter-hémisphériques. Déjà, Bernard Julienne et Alain Mallard avaient estimé qu'il serait préférable de les rechercher au même endroit que le cortex cérébral. (14) Le 6 octobre 2006, le Pr Rabischong l'a confirmé en s'élevant contre « *cette interprétation personnelle, ce concept dangereux, ce dérapage sémantique difficile à exporter.* » au cours du Ve Symposium international.

Les praticiens expérimentés ont tous noté que le tragus est une sorte de résumé, de synthèse du pavillon auriculaire. Ses points sont très importants à rechercher.

Références

1. Nogier P (mai 1956) Le pavillon de l'oreille. Zones et points réflexes. Bulletin de la Société d'Acupuncture, Marseille
2. Nogier PFM (1969) Traité d'auriculothérapie. Maisonneuve, Sainte-Ruffine
3. Nogier PFM (1977) Introduction pratique à l'auriculothérapie. Maisonneuve, Sainte-Ruffine
4. Nogier PFM, Petitjean F, Mallard A (1987) Points réflexes auriculaires. Maisonneuve, Sainte-Ruffine
5. Nogier PFM (1989) Complément des points réflexes auriculaires. Maisonneuve, Sainte-Ruffine
6. Bourdiol RJ (1980) Éléments d'auriculothérapie. Maisonneuve, Moulins-lès-Metz
7. Bossy J, Prat-Pradal D, Taillandier J (1984) Les microsystèmes de l'acupuncture. Masson, Paris
8. Romoli M (2003) Agopuntura Auricolare. Utet, Torino, Italie
9. Leclerc B (1994) Traité d'auriculothérapie, tome I. Leclerc, Nevers
10. Nogier R (2000) Auriculothérapie 1er degré. Sauramps médical, Montpellier
11. Nogier R (2006) Auriculothérapie 2e degré. Sauramps médical, Montpellier
12. LeBel MR (2007) The essentials of auriculo medicine. LeBel, Santa Monica, États-Unis, sous presse
13. Rouxeville Y (1994) Index des cours effectués par le Dr Paul Nogier du 27 février 1981 au 9 juillet 1994 Peut être consulté sur www.glem.org
14. Actes du IIIe Symposium international. Lyon

Indications et traitements en auriculothérapie

Y. Rouxeville

Résumé

Les soins peuvent être simples ou élaborés. Ils sont effectués par des stimulations physiques : l'aiguille d'acupuncture (stérile et à usage unique) ou l'aiguille semi-permanente (petite aiguille posée pour une durée de plusieurs jours). On peut aussi utiliser un microcourant électrique, ou des générateurs de fréquences électromagnétiques (laser ou infrarouge).

Le traitement est effectué après un diagnostic classique et auriculaire. Il peut être adapté à la sensibilité individuelle et à la gravité de la pathologie. Il est personnalisé.

Le praticien traitera selon son niveau de connaissance, de son expérience, en fonction du diagnostic émis et du matériel dont il dispose.

Les indications principales de l'auriculothérapie sont la douleur, le sevrage du tabac, le stress, le syndrome anxio-dépressif. Les allergies, les troubles fonctionnels en font également justiciables, surtout lorsque les autres traitements ont été inefficaces.

Principes généraux

L'oreille recueille des informations des organes. Ces données sont transmises par le système nerveux périphérique, le cervelet et le système nerveux central, en passant par les nerfs crâniens et la formation réticulaire.

De façon logique, la thérapeutique faite à l'oreille va agir par l'intermédiaire des noyaux crâniens et la formation réticulaire, passer par le système nerveux central, le cervelet et le système nerveux périphérique, pour être transmise aux organes eux-mêmes.

Un diagnostic préalable

Comme toute thérapeutique, une séance d'auriculothérapie doit être précédée d'un diagnostic. Le diagnostic est classique, et peut être réévalué. Le diagnostic est aussi un bilan en auriculothérapie.

L'auriculothérapie sera plus efficace si le diagnostic est précis, et si les points d'oreille à traiter ont été définis correctement.

Les traitements symptomatiques (1-3)

Au plan élémentaire

On traite le point de la zone de l'organe correspondant à la plainte du malade : genou en cas de gonalgie, vertèbres cervicales en cas de cervicalgies, etc. Cette technique simple donne des résultats suffisants pour les cas simples et récents.

De façon plus élaborée

On peut aussi traiter la zone d'un autre organe, en correspondance connue : la zone de l'articulation tibio-tarsienne en cas de gonalgie après entorse de la cheville, la zone des vertèbres thoraciques en cas de cervicalgie. Les résultats seront plus durables.

Les traitements étiologiques (2-5)

En posturologie, on sait l'importance d'un défaut de convergence oculaire dans les cervicalgies. Dans un tel cas, on propose une rééducation orthoptique, et l'on peut traiter en complément à l'oreille la zone des muscles oculomoteurs (fig. 19 des cartographies, page 147).

Dans le cas d'un malade souffrant de troubles fonctionnels digestifs survenus après une chirurgie abdominale, on traitera à l'oreille la zone de correspondance des cicatrices (*cf.* chapitre sur le terrain et les obstacles), ainsi que la cicatrice abdominale elle-même (par fréquences infrarouges, laser ou aimants).

Les traitements séquentiels (2-5)

Hormis une cause précise et récente, les douleurs et autres affections n'ont pas souvent un circuit simple, surtout après quelques mois d'évolution. Il est donc logique de rechercher une suite ordonnée, permettant de corriger l'ensemble perturbé.

Dans le cadre de la douleur, on recherchera les divers sites pouvant être impliqués : le point de l'organe, le point du ganglion sympathique, le point de la moelle, le point du thalamus, les points du cortex cérébral (fig. 1). Comme le petit Poucet, nous suivrons le chemin, recherchant les points avec le palpeur à pression et/ou le détecteur électrique.

Dans le cadre de lombalgie traînante, on recherchera les divers points dans la zone lombaire, puis dans la zone thoraco-lombaire, puis dans les zones cervicale et

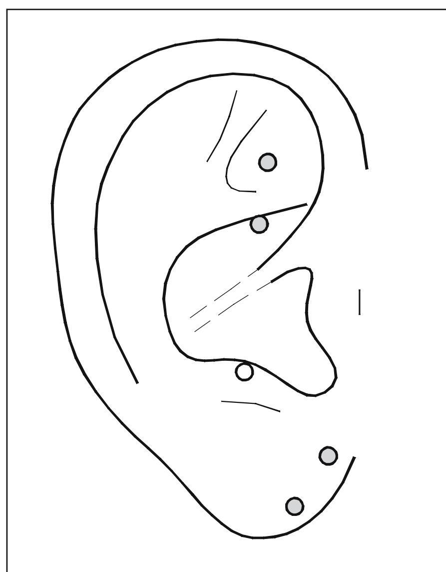


Fig. 1 - Exemple de séquence dans la douleur chronique du genou.

thoracique, afin de traiter les autres endroits du rachis. On recherchera les points à l'aide du palpeur à pression et/ou du détecteur électrique. Le traitement de tous les éléments anormaux de la chaîne vertébrale est plus complet et permet ainsi d'éviter les récidives (fig. 2).

Dans les symptômes liés à l'adaptation, nous rechercherons le point du symptôme ayant motivé la consultation, puis les points d'adaptation. Pour quelqu'un souffrant du plexus solaire après un décès, nous rechercherons le point du plexus solaire (racine de l'hélix), puis les points d'ACTH (dont le point de deuil) et le point de la peur (fig. 3).

Cette recherche de ces points pourra se faire soit par la détection électrique, soit sous le contrôle du RAC (éclairage ponctuel avec la couleur rouge 24). Une fois le premier

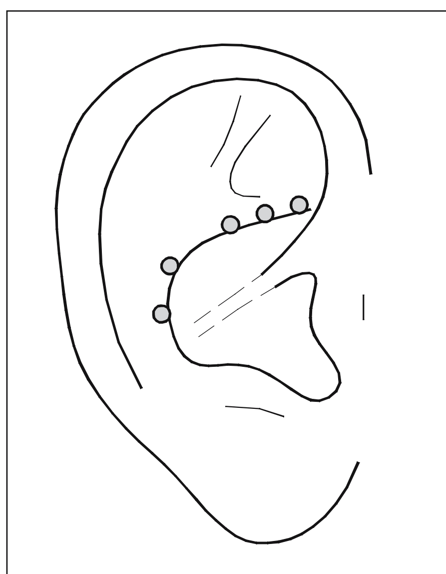


Fig. 2 - Exemple de séquence dans une lombalgie chronique.

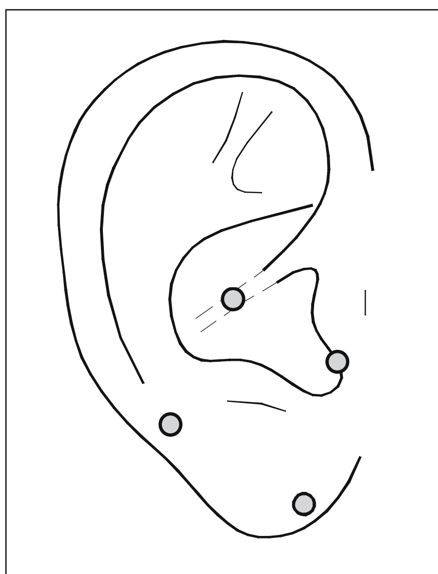


Fig. 3 - Exemple de séquence à la couleur rouge 24.

point détecté et traité, on recherche un deuxième que l'on traite, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'on n'en trouve plus. Nommée la « séquence 24 », cette technique permet de remonter au point causal, tel le fil d'Ariane.

Dans le cas des addictions, on recherchera essentiellement les points du lobule, pour leur correspondance avec le système limbique et le cortex cérébral, et en particulier la boucle de Papez (dite « le circuit du plaisir »). Les points détectés (modifications du RAC sous l'effet des fréquences FH et FB) pourront être contrôlés par la détection électrique.

Les indications de l'auriculothérapie

Références

Consensus professionnel (7)

En 1999, une étude de satisfaction auprès des praticiens a été menée dans le cadre de la FAFORMEC. Les réponses des médecins ont été claires : par ordre d'importance ont été retenues les pathologies douloureuses du rachis, les névralgies, l'arthrose, les pathologies douloureuses des membres, puis les troubles fonctionnels à prédominance psycho-émotionnelle, les troubles psycho-émotionnels, les conduites d'addiction, les troubles du sommeil, et enfin les troubles fonctionnels à prédominance algique, ainsi que les migraines.

La Haute Autorité de Santé (ex. Anaes) (*cf.* Annexes pages 301-303)

Elle a pour mission d'évaluer les diagnostics et les thérapeutiques. Depuis 2000, elle a reconnu l'efficacité de l'acupuncture (toutes techniques confondues) dans sept indications dont la douleur, le tabagisme et le syndrome anxio-dépressif.

La douleur (1-3)

C'est l'indication première de l'auriculothérapie. Outre les douleurs habituelles en clientèle courante (rhumatologie, traumatologie, névralgies, migraine), il est possible de soulager efficacement de fortes douleurs, telles les douleurs séquellaires en cancérologie (8) ou les douleurs chroniques (9). Il est également possible d'anticiper la douleur en permettant des analgésies chirurgicales (10).

Voici une liste non exhaustive des affections pouvant en bénéficier : algodystrophie, arthrose, canal carpien, céphalées, cervicalgies, douleurs de l'épaule, douleurs du membre fantôme, épicondylite, glossodynie, lombalgies, migraine, névralgie faciale, névralgie du trijumeau, névralgie sciatique, zona.

Comme l'acupuncture, l'auriculothérapie fait sécréter par le malade des endorphines et autres endomorphines, ce qui permet d'augmenter le seuil de la douleur au niveau de l'organe correspondant, et ainsi de limiter au minimum l'usage d'antalgiques ou d'anti-inflammatoires.

Le soulagement est généralement rapide. Il est fonction de l'importance et de l'ancienneté de l'état douloureux. Le fait que les quelques consultations hospitalières en auriculothérapie soient essentiellement dans les CETD (centres antidouleur) ne relève pas du hasard.

L'auriculothérapie peut être faite de manière isolée, ou bien associée à tout autre traitement à visée antalgique, les effets de l'un s'ajoutant aux effets de l'autre.

L'addictologie (1-6)

Le sevrage du tabac est un effet bien connu de l'auriculothérapie, thérapeutique bien connue pour le faciliter. De la même façon, ses effets sont bénéfiques pour lutter contre d'autres conduites addictives, dont la dépendance aux médicaments non indispensables.

L'auriculothérapie a été utilisée avec bénéfice dans la désintoxication alcoolique. Dans le monde entier, on utilise des protocoles antidrogue. De même, certains auteurs ont expérimenté une action sur la boulimie et la perte de poids (11).

Dans le cadre du sevrage tabagique, le fumeur ressent une détente près la séance. Et dans le cas où il reprendrait une cigarette, il pourrait ressentir nausée, palpitations cardiaques, mauvais goût dans la bouche, ou d'autres symptômes neurovégétatifs.

Le syndrome anxio-dépressif (1-3)

Les troubles d'adaptation avec anxiété, les angoisses et les troubles du sommeil peuvent être remarquablement soulagés par l'auriculothérapie. Il est ainsi possible de pouvoir sevrer certains patients de médicaments (antidépresseurs, benzodiazépines). Des psychiatres obtiennent des résultats intéressants dans la dépression, en utilisant l'auriculothérapie (12, 13).

Les aiguilles modulent la sécrétion de neuro-médiateurs, dans l'organe correspondant aux points stimulés. Ainsi, l'humeur est meilleure et les tensions se relâchent, dans les heures ou les jours qui suivent la séance. L'effet est généralement progressif.

Les troubles de l'adaptation au stress (4)

De nombreux symptômes mentaux sont créés ou aggravés par un stress mal géré (anxiété, trac, troubles du sommeil). Le stress peut aussi accentuer certains troubles fonctionnels (tachycardie, colopathie, fatigue, dysménorrhée) et même des maladies

plus graves (les plus connues étant l'hypertension artérielle, la coronarite, l'ulcère duodénal et les troubles endocriniens).

L'auriculothérapie est une bonne indication dans ce domaine. Hans Selye (le père du stress) le pressentait quand il déclarait à Paul Nogier (le père de l'auriculothérapie) « *Je suis absolument convaincu de vos travaux dans ce domaine. Et je crois que c'est une méthode excellente pour donner du soulagement à beaucoup de maladies du stress.* » [1]

Les maladies allergiques

Chez ces malades réagissant excessivement aux agressions respiratoires, cutanées ou digestives, l'auriculothérapie peut être d'une efficacité surprenante sur les symptômes désagréables de la rhinite allergique (2, 3), de l'eczéma (3) et de l'asthme (3).

En revanche, le traitement de fond de l'état allergique nécessite une approche plus complexe et plus élaborée, sortant des limites de cette monographie.

Les troubles fonctionnels

Ce sont des troubles sans gravité particulière, particulièrement gênants pour le malade bien que non vérifiables sur des tracés électriques, par la biologie ou l'imagerie.

Ordinairement, ils impliquent plusieurs origines (neurovégétative, stress, dérangement intervertébral, insuffisance digestive, dysfonctionnement hormonal, etc.) On saura donc rechercher des points correspondant à ces différents registres et systèmes.

Tenter quelques séances d'auriculothérapie dans ces état ne peut qu'être bénéfique, surtout si les autres traitements n'ont pas eu l'efficacité attendue.

Contre-indications et limites

Elles relèvent du bon sens. Une maladie chirurgicale se traite par la chirurgie ; une maladie infectieuse grave se traite par antibiotiques.

De même, par précaution, on ne pique pas le point de l'ovaire ni celui de l'utérus chez une femme enceinte.

Prudence

On sera prudent chez les personnes mal stabilisées dans leur état pathologique (asthme, coronarite, épilepsie, diabète, trouble psychiatrique, etc.). En effet, il est toujours possible d'observer des réactions passagères dans les jours qui suivent une

---

1- Film Vers une auriculomédecine *produit par Éric Duvivier pour le GLEM*

séance. Ces éventuelles réactions pourraient être mal interprétées ou mal vécues par les malades.

Chez ces malades mal stabilisés, on débutera par un traitement à l'aiguille et/ou laser. Si le malade en ressent un bienfait, on continuera ainsi. Sinon, on utilisera les aiguilles semi-permanentes.

Chez les malades hypersensibles (fibromyalgie, spasmophilie, état allergique profond, etc.), on choisira en première intention un traitement le plus léger possible (laser et/ou aimant). Si le malade en ressent un bienfait, on continuera ainsi. Sinon, on tentera les aiguilles (tableau I).

Tableau I - Ordre des traitements selon la pathologie et la sensibilité du malade.

	Soin de première intention	*Soin de deuxième intention*
Habituellement	Aiguille, ASP, fréquences	
Hypersensible	Fréquences	Aiguille
Mal équilibré	Aiguille, fréquences	ASP

Difficultés

Certaines maladies justifient le traitement par fortes doses d'antidépresseurs, de neuroleptiques ou de β-bloquants. Or, ces médicaments inhibent les possibilités de réaction et d'adaptation du malade.

On comprend ainsi que l'auriculothérapie soit rarement efficace chez ces malades. En revanche, elle peut s'intégrer dans un programme de sevrage, afin de réduire la prise de ces médicaments.

Champ d'action

Les effets cliniques de l'auriculothérapie sont expliqués par la neurobiologie :
- la modulation des sécrétions d'enképhalines ou de morphiniques endogènes légitime son utilisation dans tous les processus douloureux ;
- la régulation des sécrétions de neuromédiateurs et de neurohormones, permet de justifier son usage lors des anomalies de ces médiateurs ;
- la régulation des sécrétions d'hormones permet d'y songer dans les troubles hormonaux mineurs.

Tout se passe comme si l'auriculothérapie provoquait une amélioration de l'ischémie tissulaire et l'hypoxie cellulaire, avec un effet antiradicalaire, comme le pense Pierre Magnin. En corollaire, il devient plausible de comprendre son action sur divers symptômes et pathologies telles que les perturbations métaboliques, la partie fonctionnelle des troubles organiques, et la cohorte des troubles fonctionnels.

L'octroi compassionnel

L'auriculothérapie a permis de nombreux cas de soulagement ou guérison, que l'on classe comme anecdotiques puisqu'ils sont isolés, sans former de série. Certains ont été rapportés dans les revues, dont la revue auriculo-médecine.

Au plan médical, les résultats cliniques même exceptionnels (une observation unique et étonnante) justifient une explication active, on ne peut pas nier le fait.

Pour le malade demandeur, la problématique est autre : il vient demander une aide pour des troubles ou malaises. S'il n'est soulagé par aucun traitement classique, si les soins reçus ont des effets secondaires, le médecin peut difficilement répondre par la négative.

On attend de lui aide et soutien. Il est légitime de tenter quelque chose, même si le résultat est improbable. Il est bien difficile de refuser de tenter quelques séances.

Les différents types de soins (1-6, 14, 15)

Les procédés recourant à l'aiguille

Toutes les aiguilles utilisées seront des aiguilles stériles à usage unique.

L'aiguille classique d'acupuncture

Il s'agit d'aiguille pleine et non pas d'aiguille pour injections hypodermiques. Pour l'auriculothérapie, l'aiguille doit être rigide : la piqûre avec une aiguille rigide est moins douloureuse que celle fait avec une aiguille souple. Notre choix s'oriente vers les aiguilles de 0,30 mm de diamètre et de 15 mm de longueur, en acier Inox.

La désinfection à l'alcool à 70° est recommandée avant la piqûre, d'autant qu'il y a piqûre du cartilage. La désinfection est impérieuse chez certains malades. À ce titre, voici le texte (consensus professionnel national) élaboré par le Collège français d'acupuncture (CFA) et remis à la Haute Autorité de Santé (HAS) en novembre 2006 : « *L'asepsie cutanée est recommandée chez les sujets immunodéprimés, en cas de lésions cutanées, en cas de pose d'aiguilles semi-permanentes. En fonction de l'état clinique, une vigilance particulière avec désinfection est recommandée chez le diabétique non insulino dépendant, les obèses, les porteurs de valvulopathies et prothèses, et chez les personnes à hygiène défectueuse.* »

On peut préciser la partie la plus sensible du point par la pose de la pointe de l'aiguille à cet endroit. Cette simple pose, sans pénétration, peut même faire saigner légèrement. Il n'y a plus qu'à y enfoncer l'aiguille.

Romoli et Allais ont observé, chez des migraineux en crise, que la simple pose de la pointe de l'aiguille sur le bon point pendant 10 secondes soulage la douleur de façon évidente. Ils ont nommé cet examen le « *needle-contact test* » (15, 16).

Certains malades hypersensibles, dont les fibromyalgiques et les spasmophiles, supportent mal les aiguilles. Nous utiliserons chez eux l'électricité, les fréquences infrarouges, le laser, voire l'aimant.

Le pourtour du conduit auditif et le sous-tragus sont des zones très réflexogènes. Il est préférable de ne pas les traiter à l'aiguille.

L'aiguille doit être posée franchement. Elle peut être transfixiante (traverser le pavillon) en particulier dans les cas récents impliquant le point maxillo-dentaire, le point d'épaule ou le point de coude.

Cinq à dix aiguilles sont le nombre maximum d'aiguilles posées par séance. Un effet bénéfique (un mieux-être, une douleur moins aiguë) est souvent ressenti en fin de séance. L'effet réel se manifestera les heures ou jours suivants.

Le temps de pose de l'aiguille

Il est très important. Ordinairement, les aiguilles restent posées pendant 15 minutes (de 10 à 30 mn). La piqûre se fera sur un malade allongé, afin de prévenir un éventuel malaise vagal. Puis le malade se reposera, en restant couché ou assis.

On peut choisir la piqûre en apnée inspiratoire. Elle sera la règle pour les points en augmentation d'impédance cutanée et les points correspondant à une baisse de vitalité. On pose l'aiguille pendant 3 secondes, en stricte apnée inspiratoire. Cette technique de piqûre en un temps très court évite une fatigue anormale après la séance chez les malades fatigués ou hypersensibles. Par exemple, elle est à recommander sur le point des bronches chez un asthmatique. On peut aussi pratiquer la piqûre à la seconde : on pique et l'on retire l'aiguille aussitôt.

L'aiguille semi-permanente (dite ASP)

Elle ressemble à un petit harpon, avec une flèche de 1,2 mm pénétrant dans le derme sans pouvoir en sortir facilement. Elle comporte une tête de 1 mm d'épaisseur destinée à son maintien (elle ne peut s'enfoncer) et à son extraction (fig. 4). L'ASP sera posée pendant quelques jours à semaines. Stimulant pendant une certaine durée, elle sera d'une grande efficacité.

Il s'agit d'un « *dispositif invasif* », qui pénètre « *partiellement ou totalement à l'intérieur du corps, soit par un orifice, soit à travers la surface du corps* » utilisé à court terme « *en continu pendant trente jours au maximum* ». C'est donc un dispositif médical de classe IIa, selon la règle 7 de la directive 93/42 relative au marquage CE des produits médicaux. Il est obligatoirement stérile et à usage unique.

Avant la pose, une désinfection à l'alcool à 70° (ou à la polyvidone iodée alcoolique) sera effectuée. La prudence conseille d'éviter la pose d'ASP chez les sujets à fort risque infectieux (diabétiques, immunodéprimés, syndrome d'immunodéficience acquise [SIDA], valvulopathie).

L'ASP sera posée sur les points reconnus par la détection électrique.

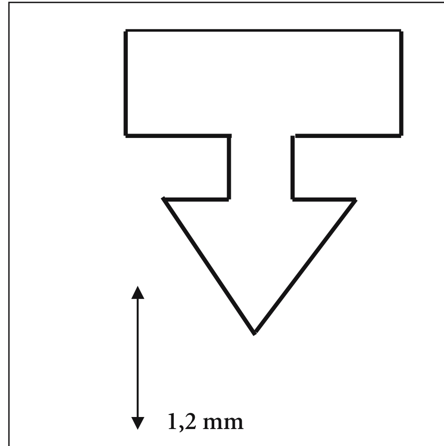


Fig. 4 - Aiguille semi-permanente.

Dans les très rares cas où l'aiguille aura blessé un vaisseau, on la retirera sans attendre. Si l'aiguille crée une douleur persistante, le malade ôtera le pansement, voire l'ASP.

Si le malade ressent une gêne constante au bout de quelques jours, il retirera l'ASP.

Des troubles neurovégétatifs mineurs (malaises, fatigue, sensation de vertiges) peuvent être ressentis, surtout chez des vagotoniques. Retirer l'ASP suffit à faire disparaître ces troubles dans les heures suivantes.

L'utilisation des ASP sera faite avec prudence chez les malades sous anticoagulants.

Au bout de 2 à 3 semaines, le malade retirera les ASP qui ne sont pas tombées.

Ces aiguilles en Inox étant parfois allergisantes, on peut utiliser des ASP recouvertes d'une pellicule d'or. Depuis 2006, on dispose d'aiguilles semi-permanentes en titane.

Alimi a montré l'efficacité de l'aiguille semi-permanente dans le traitement des douleurs chez le cancéreux (17). Il a également vérifié son action en double aveugle.

Comme pour l'aiguille classique, un effet bénéfique (un mieux-être, une douleur moins aiguë) est souvent ressenti en fin de séance. L'effet profond se manifestera les heures ou jours suivants.

L'aiguille à demeure *(forever needle)*

Ulrick Werth, un médecin allemand, utilise de petites aiguilles en titane, d'une longueur de quelques millimètres, implantées à demeure. Il les utilise dans le traitement de la maladie de Parkinson avec des résultats intéressants (18).

Les injections (19, 20)

Pourquoi ne pas injecter un liquide aux propriété anesthésiantes ? Une fois l'anesthésie obtenue par une injection, il est possible de poursuivre l'injection de produit dans le cartilage. La première séance est déjà efficace. La sciatique, les colopathies chroniques, les migraines et céphalées de tension, les névralgies cervico-brachiales semblent réagir favorablement à ce traitement, sorte de mariage auriculothérapie-mésothérapie.

Les petits courants électriques

L'électrostimulation des aiguilles

Un générateur relié à des électrodes émet un petit courant électrique continu. Les électrodes sont connectées à des aiguilles d'acupuncture fichées dans l'oreille. Le courant électrique accroît et précise l'effet des aiguilles.

De façon schématique, les très basses fréquences (1 à 10 Hz) favorisent la sécrétion d'endorphines. En revanche, les basses fréquences (50 à 100 Hz) on un effet « contrôle porte » sur la zone segmentaire. Une modulation peut également être pratiquée, en faisant défiler diverses fréquences.

Une stimulation des aiguilles posées sur les oreilles, faite pendant 5 à 15 minutes, en renforcera l'effet. C'est ce que j'ai nommé « l'effet turbo » (21).

Il faut trente minutes de stimulation, pour provoquer une analgésie réflexe. Les bonnes fréquences appliquées sur les points adéquats permettront une sécrétion d'endorphines et d'enképhalines à l'endroit qui sera opéré. L'opéré ne ressentira pas la douleur (*cf.* chapitre sur l'analgésie et la douleur).

La stimulation électrique des aiguilles est une action percutanée. La résistance de la peau n'a pas à être vaincue, ce qui explique qu'on utilise moins de courant que pour stimuler une électrode posée sur la peau.

Les microcourants électriques (électrostimulation des points)

Un petit courant électrique continu (environ 17 mA) peut être appliqué sur l'oreille. Il est à la limite de la perception par le sujet. Chaque point est traité pendant trente secondes.

L'énergie délivrée par impulsion est de 0,15 µJ à 1,5 µJ constant. Ce type de soin, non douloureux, est intéressant en pédiatrie et chez les personnes sensibles.

Lucile Thibaud a rapporté son expérience en pratique de clientèle, en indiquant une efficacité clinique chez les adultes dans la rhinite allergique, l'asthme, les pathologies rhumatismales, les troubles vasculaires des membres inférieurs, le sommeil, les problèmes de la ménopause, les symptômes d'hypothyroïdie, ainsi que le vitiligo (22).

La stimulation fréquentielle

Les fréquences de Nogier décrites au chapitre Diagnostic peuvent être utilisées comme traitement d'un point d'oreille. On utilisera des générateurs de fréquences électromagnétiques.

Chacune des sept plages à l'oreille correspond à sa propre fréquence (fig. 5). Ces fréquences correspondent à l'équilibre, à la physiologie, au métabolisme de cette plage. Traiter une plage avec sa propre fréquence sera toujours bénéfique.

À titre d'exemple, un point situé sur la plage C pourra être traité par la fréquence C, pendant une durée de 30 secondes. De même, un point situé sur la plage G pourra être traité par la fréquence G, pendant une durée de 30 secondes.

Cette durée de 30 secondes peut être renouvelée une à trois fois, soit un traitement par fréquence pouvant être débité pendant une à deux minutes.

Ces traitements ne sont pas douloureux. Les malades ne se rendent pas compte que l'on effectue des soins.

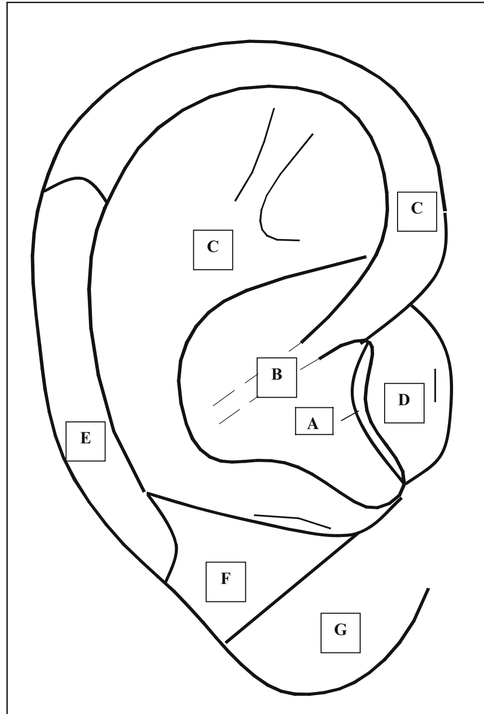


Fig. 5 - Correspondance des fréquences sur le pavillon auriculaire.

Le déparasitage fréquentiel

Outre le fait que chaque fréquence corresponde à une plage de l'oreille, chacune a une signification physiopathologique. À titre de rappel :

A = inflammation, B = nutrition, C = mouvement, E = douleur, G = mental.

On peut ainsi traiter un point d'oreille en y appliquant les fréquences appropriées.

– dans le cas d'une gonarthrose, on appliquera A, B, C et E sur le point du genou, trente secondes pour chaque d'elles ;
– dans le cas de colopathie, on appliquera B, C, E, et G sur le point maître des viscères, trente secondes pour chacune d'elles.

Les fréquences associées

Depuis une vingtaine d'années, des associations de fréquences ont fait leur preuve :
– E et G dans la douleur ;
– C, D et G dans les contractures musculaires ;
– A, B et F dans les baisses de vitalité.

L'efficacité du traitement par les fréquences n'est en général immédiate : son effet est progressif. Le traitement par les fréquences (infrarouges ou laser) est bien toléré.

Infrarouges ou laser en infrarouges ?

Parmi les appareils présents sur le marché français, nous avons retenu :
– un générateur fréquentiel dans l'infrarouge, qui peut être utilisé sans restrictions ;
– un générateur fréquentiel laser dans le proche infrarouge. Ce laser de puissance de crête de 1 W (laser médical de classe 3A) ne doit pas être approché à moins de 3 cm de l'œil ;
– un générateur fréquentiel laser dans le proche infrarouge. Ce laser de puissance de crête de 10 W (Laser médical de classe 3B) ne doit pas être approché à moins de 50 cm de l'œil. De plus, il ne doit pas être dirigé vers un pacemaker, ni vers l'abdomen d'une femme enceinte.

Ces trois générateurs de fréquences Nogier en infrarouges pulsés sont de petite taille. Fonctionnant sur piles, ils tiennent dans la main et sont aisément transportables.

Le temps de traitement par une fréquence est de 30 secondes par point, durée pouvant être renouvelé une à trois fois. À l'oreille, la puissance n'importe pas pour être efficace. En revanche, les utilisateurs estiment que le laser de classe 3A semble plus efficace que le générateur infrarouge.

Le générateur de classe 3B nécessite la mise de lunettes de protection, dans le cas de traitement auriculaire. Ce sera l'appareil de physiothérapie de choix à utiliser *loco dolenti* en traumatologie sportive et en rhumatologie.

L'effet du laser (23, 24)

En médecine classique, on utilise le laser en de nombreuses indications. On recherche en particulier l'effet thermique : coagulation (hémostase) ou vaporisation (bistouri).

Nous utilisons des lasers à l'arséniure de Gallium, de faible puissance, dont la longueur d'onde de 904 nm (dans le proche infrarouge) permet d'avoir une absorption minimum par l'eau et par l'hémoglobine. Nous recherchons un effet biostimulant, non destructeur, en utilisant la puissance du laser pour transmettre les fréquences de Nogier aux cellules de l'auricule.

L'effet des fréquences portées par laser froid pulsé est double :
– amplification des fréquences de récurrence (fréquences de Nogier) modulant des neurotransmetteurs (actions antalgique, anti inflammatoire, etc.) ;
– effet photochimique : transmission de l'énergie photonique que les cellules utiliseront pour leur propre métabolisme.

Les champs magnétiques (1, 2, 5, 26)

Il s'agit d'une possibilité intéressante, qui pour l'instant relève en partie de la recherche.

Appliqués sur le point d'oreille

Depuis quinze ans, des praticiens ont noté l'effet bénéfique d'un aimant mis au contact d'un point d'oreille. On présente successivement chaque pôle (nord et Sud) pendant huit secondes devant le point à traiter. L'effet de ce soin se manifeste en une semaine, de manière très douce et sans le moindre désagrément

Du fait qu'elle n'est pas douloureuse, l'utilisation d'un aimant est un recours possible chez les enfants, chez les hypersensibles, chez les fibromyalgiques, chez les asthéniques, chez les spasmophiles et tous ceux qui ne désirent pas l'aiguille, lorsqu'on ne dispose ni d'un stimulateur fréquentiel ni d'un stimulateur électrique.

Appliqués sur la totalité de l'oreille

Nogier avait noté l'effet particulier des champs électromagnétiques sur le système neurovégétatif. Pour les soins, il recommandait un appareil qui n'est plus fabriqué, le Théramagnétic®, qui pouvait débiter un champ fort (40 Gauss) ou faible (10 Gauss). Un champ fort impose son action ; un champ faible fait réagir le corps (à l'inverse). Le champ Sud a une action sur l'orthosympathique. Le champ Nord a une action sur le parasympathique. L'unité de traitement habituelle est de 3 minutes, renouvelable.
– un champ Sud fort impose un effet orthosympathique ;
– un champ sud faible impose un effet parasympathique ;
– un champ Nord fort impose un effet parasympathique ;
– un champ Nord faible impose un effet orthosympathique ;
– un champ alternatif Nord-Sud faible a une action relaxante.

Les massages auriculaires

(1, 2, 4, 26, 27)

Le massage auriculaire s'effectue à l'aide d'un instrument à l'extrémité et arrondie et polie (canne de verre), pour ne pas blesser le revêtement cutané. On pratique un appui ferme sur l'endroit à masser, en effectuant ce massage pendant une dizaine de fois sur chaque endroit.
– L'effet du massage centrifuge est de tonifier le point (fig. 6).
– L'effet du massage centripète est de détendre le point (fig. 7).
– L'effet du massage autour d'un point, dans le sens des aiguilles d'une montre, tend à renforcer le tonus orthosympathique de ce point.

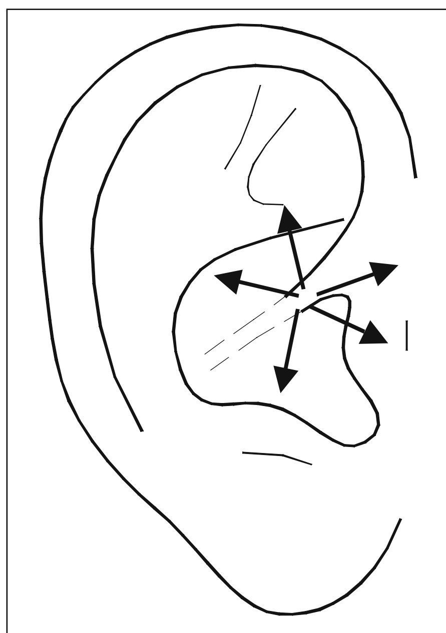


Fig. 6 - Massage centrifuge du point zéro.

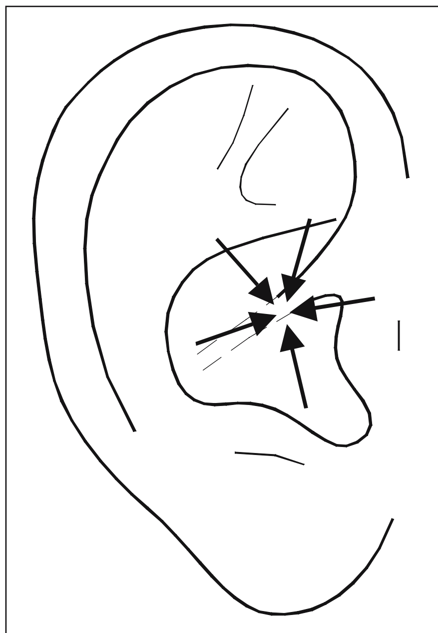


Fig. 7- Massage centripète du point zéro.

– L'effet du massage autour d'un point, dans le sens inverse des aiguilles d'une montre, tend à renforcer le tonus parasympathique de ce point.

Ce massage pourra être proposé au consultant, qui pourra l'effectuer lui-même selon ses besoins.

La projection de lumières colorées sur les points d'oreille

Cette technique a été développée par Pierre Magnin, le diagnostic de la couleur et le diagnostic du point étant faits à l'aide du RAC. Il s'agit d'une audacieuse technique se situant actuellement au niveau de la recherche (28).

Choix des traitements

De nombreux praticiens n'utilisent que l'aiguille semi-permanente. Certains utilisent essentiellement le laser. D'autres préfèrent un clavier plus étendu (tableau I).

L'aiguille (classique ou ASP) est à proposer en priorité, surtout dans la douleur. Selon la pathologie présentée, et selon la sensibilité du malade, certains types de soins seront préférés. De façon simple, la stratégie est la suivante (tableau II) ;

Tableau II - Soins en fonction des pathologies et réactivité.

	Douleur	*Syndrome anxio-dépressif*	*Sevrage du tabagisme*	*Troubles fonctionnels*
Habituellement	ASP aiguille électrostimulation des aiguilles fréquences	ASP aiguille fréquences	ASP aiguille microcourants fréquences	ASP aiguille électrostimulation des aiguilles microcourants fréquences
Hypersensible	aiguille électrostimulation des aiguilles microcourants fréquences	aiguille microcourants fréquences aimant	aiguille électrostimulation des aiguilles microcourants fréquences	aiguille microcourants fréquences aimant
Mal équilibré	aiguille électrostimulation des aiguilles microcourants fréquences	aiguille microcourants fréquences aimant	aiguille électrostimulation des aiguilles microcourants fréquences	aiguille microcourants fréquences aimant

– chez les malades hyper-réactifs (dits allergiques), on sera peu agressif (laser) ;
– chez les malades hyporéactifs (dits anergiques), on sera plus coercitif (ASP) ;
– en cas de réaction excessive et non souhaitée à la suite d'un traitement, on choisira un soin plus léger (laser à la place de l'aiguille, aiguille à la place de l'ASP) ;
– en cas de non-réaction à un traitement, on choisira un soin plus coercitif (ASP à la place de l'aiguille, aiguille à la place du laser).

Répétition des actes

Elle est fonction de la précision du diagnostic et du traitement. Les actes tiennent compte aussi des habitudes et de la disponibilité du thérapeute, ainsi que de la demande du malade. On note généralement plus d'efficacité lorsque d'autres soins adaptés, conjugués à l'auriculothérapie, auront un effet amplificateur : la médecine manuelle-ostéopathie associée à l'auriculothérapie est plus efficace que chacune des techniques utilisée seule.

L'effet des soins

Il est fréquent que le malade ressente un mieux passager dans le quart d'heure qui suit la pose d'aiguilles. L'amélioration ressentie est fonction de l'ancienneté du trouble ou de la maladie, de la réactivité du malade, et surtout du type soin pratiqué. Habituellement, de façon schématique, l'effet est ressenti :
– dans les heures ou jours qui suivent la pose d'aiguille ;
– dans les jours ou semaines qui suivent l'application de traitement fréquentiel.

Des effets généraux sont également ressentis dans les semaines suivantes.

Dans les maladies aiguës (lombalgie, névralgies, zona)

En général, un effet bénéfique est ressenti en une à deux séances. Une à deux séances par semaine sont légitimes.

Dans les maladies subaiguës

Une à deux séances par quinzaine se justifient. La répétition des actes semble avoir un meilleur impact. Un effet bénéfique est attendu en deux à trois séances.

Dans les maladies chroniques

Les maladies chroniques ou pluricausales nécessitent la poursuite de soins même s'ils n'apportent pas de résultat apparent à court terme. Une séance par mois est la règle classique : on attend que tout le bénéfice d'une séance en ait été retiré avant d'en pratiquer une autre.

Cependant, chez les malades hospitalisés au centre anti douleur (CETD du CHU de Nantes), on observe l'effet positif et cumulatif de séances effectuées deux à trois fois par semaine, avec électro-auriculo-stimulation électrique.

Chaque médecin peut avoir un avis différent, qui sera argumenté selon sa pratique et son expérience, tempéré par sa disponibilité. Une séance par quinzaine, ou une séance tous les deux mois peuvent ainsi être proposés.

Références

1. Nogier PMF (1977) Introduction pratique à l'auriculothérapie. Maisonneuve, Sainte-Ruffine
2. Leclerc B (1994) Précis d'auriculothérapie, tome I. Leclerc, Nevers
3. Nogier R (2000) Auriculothérapie 1er degré. Sauramps médical, Montpellier
4. Rouxeville Y (1994) Index des cours effectués par le Dr Paul Nogier du 27 février 1981 au 9 juillet 1994. Peut être consulté sur www.glem.org
5. Rouxeville Y (2000) Acupuncture auriculaire personnalisée. Sauramps médical, Montpellier
6. Nogier PFM (1981) De l'auriculothérapie à l'auriculomédecine. Maisonneuve, Moulins-lès-Metz
7. Actes d'Alba (2003) Sauramps médical, Montpellier
8. Alimi D, Rubino C, Pichard Leandri E *et al.* (2000) Analgesic effect of auricular acupuncture for cancer pain. J Pain Symptom Manage. Elsevier, New York

9. Meas Y, Rouxeville Y, Nizard J *et al.* (2003) Apport des thérapeutiques alternatives et complémentaires dans la stratégie de prise en charge thérapeutique des CETD. Douleur et Analgésie (hors série), Paris
10. Meas Y (1990) À propos d'un cas d'analgésie chirurgicale par auriculo-médecine. Sciences et médecines nouvelles. Cable éditions, Lyon
11. Shiraishi T (2000) Effects of bilateral auricular acupuncture stimulation on body weight in healthy volunteers ads mildly obese patients. Actes du III[e] Symposium international d'auriculothérapie et d'auriculomédecine. GLEM-EIPN, Lyon
12. Goris J (2000) Die auriculomedizinische Therapie bei psychopathologischen Störungen Am Beispiel der patientin K.J. III[e] Symposium international d'auriculothérapie et d'auriculomédecine. GLEM-EIPN, Lyon
13. Goris J (2006) Paradigm cange in etiology and therapy of psychological perturbances and diseases. V[e] Symposium international d'auriculothérapie et d'auriculomédecine. GLEM-EIPN, Lyon
14. Meas Y, Rouxeville Y (2003) Ce qui marche, ce qui ne marche pas en auriculothérapie. Éditions Josette Lyon, Paris
15. Romoli M (2003) Agopuntura Auricolare. Utet, Milano. Italie
16. Merouani A (2006) Auriculothérapie et migraine sans aura. Étude multicentrique au sein d'un PHRC. Mémoire pour le DIU d'acupuncture, université de Nantes
17. Nguyen J, Alimi D (2005) L'acupuncture auriculaire avec des aiguilles semi-permanentes soulage la douleur chez les patients cancéreux. Revue Acupuncture et Moxibustion 4 (2), Marseille
18. Werth U (2006) Experiences and results by using « forever needle-acupuncture ». V[e] Symposium international. Lyon
19. Landel G (2006) Présentation de 15 ans d'une pratique atypique de traitement de patients par injection des points d'auriculothérapie avec de la lidocaïne à 2 % (Xylocaïne® simple à 2 %). V[e] Symposium international d'auriculothérapie et d'auriculo-médecine. GLEM-EIPN, Lyon
20. Halfon R (1981) L'aurithérapie, une nouvelle approche de la santé. Maloine, Paris
21. Rouxeville Y (1994) Intérêt de la stimulation électrique en auriculothérapie. Annales du I[er] Symposium international d'auriculothérapie et d'auriculo-médecine. GLEM, Lyon
22. Thibaud L (2005) Pratique de l'auriculothérapie aux Antilles. Mémoire pour le DU d'acupuncture auriculaire. DUMENAT, université de Paris 13
23. Nogier R, Vulliez C (1989) Laser infrarouge pulsé en odontostomatologie. Cable Éditions, Lyon
24. Nogier R, Vulliez C (1995) Précis pratique de laserthérapie en odontostomatologie. Roger Jollois, Limoges
25. Nogier P (1976) Action des champs magnétiques. Revue auriculo-médecine n° 3. Maisonneuve, Sainte-Ruffine
26. Nogier P, Nogier R (1979) L'homme dans l'oreille. Maisonneuve, Sainte-Ruffine
27. Bourdiol RJ (1980) Éléments d'auriculothérapie. Maisonneuve, Moulins-lès-Metz
28. Magnin P (2006) Action diagnostique et thérapeutique de la chromoluminescence. V[e] Symposium international. Lyon

Le terrain et les obstacles, en auriculothérapie

Y. Rouxeville

Résumé

On peut ne pas réagir à un traitement, ou bien réagir de façon anormale ou imprévisible. Les dérèglements psychiques, posturaux, immunitaires ou hormonaux sont classiques. De même, le passé (affectif, traumatique, chirurgical, médical ou infectieux) peut laisser des séquelles.

L'expérience montre aussi que, chez les malades chroniques, l'action sur d'autres endroits du pavillon auriculaire (points dits de phase) permettra de débloquer la situation.

Les modalités réactives (hyper-réactivité, hyporéactivité), plus souvent acquises qu'innées, sont des tendances personnelles pouvant perturber l'action d'une auriculothérapie bien conduite.

Enfin, il n'est pas rare d'observer des phénomènes discrets et complexes tels que :
– des symptômes neurovégétatifs consécutifs à l'irritation du ganglion stellaire ;
– des perturbations fonctionnelles liées à une cicatrice de cette région (foyer) ;
– des troubles divers ou des maux de tête en liaison avec un foyer dentaire ;
– des troubles d'apprentissage ou du caractère induits par un trouble de la latéralité.

Les foyers sont des endroits du corps semblant normaux, créant des troubles à distance et/ou un état de faiblesse chronique. La présence d'un foyer sera indiquée par le test de l'épuisement de la réaction du RAC.

Dans une maladie chronique, les obstacles ne sont pas obligatoirement uniques.

La notion de terrain, en médecine

En médecine, quand le protocole thérapeutique habituel n'est pas efficace, il est courant d'entendre pour explication que c'est lié à un problème de terrain, comme le dirait un agriculteur ayant de mauvaises récoltes. Et d'ailleurs, on entend toujours parler du seul « mauvais terrain », comme si le « bon terrain » n'existait pas.

Cette sentence sous-entend que les malades ne réagissant pas de façon automatique au traitement habituel sont considérés comme des gens anormaux et atypiques par les collègues pratiquant une médecine symptomatique. En revanche, l'étude du

« terrain morbide » et du « terrain réactionnel » est un vaste champ d'intérêt pour les thérapeutiques alternatives et complémentaires, dont l'auriculothérapie.

Il n'est pas simple de traiter des malades douloureux chroniques, des fibromyalgiques, des anxieux ou dépressifs chroniques, des allergiques, ou des gens atteints de maladies de système ! Certains malades réagissent de façon excessive, d'autres pas du tout ou d'une façon inattendue.

Tous les malades atteints d'une même maladie ne répondent pas de façon identique au même traitement. Lors d'une épidémie, le même microbe ou virus n'affectera pas de façon identique chaque personne. Un cataclysme ne sera pas ressenti de façon identique au plan émotionnel par toutes les victimes l'ayant vécu.

Ces quelques exemples sont bien la preuve de prédispositions individuelles, expliquant un terrain favorable au développement de certaines maladies.

La notion d'obstacles, en médecine (1, 2)

L'étude du terrain comporte l'étude des obstacles que le malade peut présenter. Les obstacles sont des anomalies empêchant un traitement correct d'être efficace. De plus, le traitement de ces obstacles peut suffire à soulager une maladie, ou faciliter l'efficacité d'un traitement qui était inopérant. Ils sont d'un intérêt capital chez les chroniques.

Certains obstacles peuvent être reliés au circuit de la maladie en cause : dans le système musculo-squelettique, une contracture du mollet pourra induire une contracture des ilio-lombaires, et ainsi créer une lombalgie.

Ils peuvent affecter une partie du circuit de régulation nerveuse : atteindre la peau en regard de l'organe, affecter les afférences sensitives, perturber l'analyse et le décodage des informations par les centres supérieurs, neutraliser la régulation neurovégétative des organes. C'est l'exemple du ganglion stellaire (ganglion sympathique cervico-thoracique) dont l'irritation peut déterminer des troubles neurovégétatifs rebelles et variés.

Chez les lombalgiques examinés en auriculothérapie, nous contrôlerons successivement les zones du membre inférieur, de la ceinture pelvienne et du rachis lombaire. C'est le traitement de la séquence, avec pour maxime : « *Un train peut en cacher un autre.* » Or, ce n'est pas si simple : les obstacles peuvent être présents hors du circuit de la maladie.

La notion d'ensembles interconnectés (fig. 1)

Le corps est un ensemble complexe, lui même formé de systèmes (ou sous-ensembles). Ces systèmes sont interdépendants et interconnectés. La physiologie est l'équilibre de l'ensemble. L'autorégulation permet de maintenir l'équilibre au sein de chaque système et l'équilibre des divers systèmes entre eux (3).

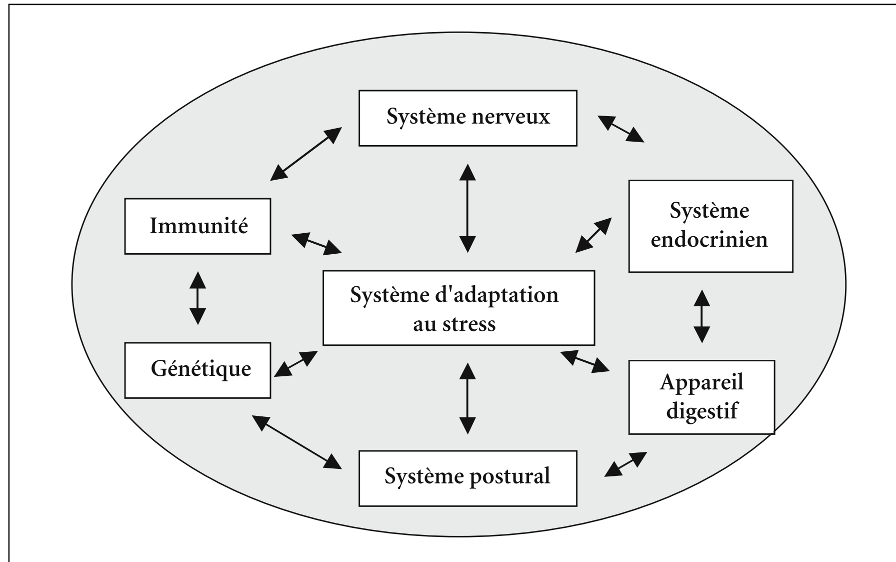


Fig. 1 - Le système d'adaptation au stress et les autres systèmes.

Sans être exhaustif, l'adaptation de l'homme au monde extérieur se fait par les systèmes nerveux, immunitaire, postural, ainsi que par le système d'adaptation au stress. Notre équilibre interne est régulé par les systèmes digestif et endocrinien, ainsi que par le système nerveux et le système immunitaire.

L'autorégulation, réalisée par les phénomènes de *feed-back,* existe aux différents étages d'un même système tout comme entre les différents systèmes.

Pour notre démonstration, nous avons retenu plusieurs systèmes (nerveux, immunitaire, génétique, endocrinien, digestif, postural, adaptation au stress). Chacun peut dérégler un autre :

– *le système nerveux* présente deux sous-ensembles, central ou périphérique. Son fonctionnement anormal peut perturber le système digestif et faciliter des troubles fonctionnels ;
– *le système génétique* est déterminé, codé. Certains typages HLA prédisposent à des maladies auto-immunes ;
– *le système endocrinien.* Les dérèglements thyroïdiens peuvent perturber le fonctionnement cérébral ;
– *le système digestif.* Les défauts d'enzymes digestives peuvent induire des anomalies immuno-allergiques de type intolérances alimentaires ;
– *le système d'adaptation.* Il est en relation avec tous les autres systèmes, nous permettant de nous adapter aux circonstances, aux diverses contraintes.

En auriculothérapie, la recherche des points portera sur l'effet (ex. le système digestif) et sur l'origine (ex. le système nerveux). Le diagnostic et les connaissances

médicales vont logiquement orienter la recherche des zones correspondantes de l'oreille.

La conception simpliste, dite « *pensée linéaire causale* » (une cause et une conséquence) n'est pas adaptée pour expliquer la physiopathologie, le fonctionnement de la machine humaine. La réalité est plus complexe et compatible avec la terminologie « *ensemble bio cybernétique ouvert* », proposée par Pischinger (4).

Principaux obstacles classiques à l'action de l'auriculothérapie

Nous retiendrons parmi les obstacles essentiels communément rencontrés les obstacles suivants.

Les dérèglements psychiques

Chez ces malades, le fonctionnement des synapses et le passage de l'influx nerveux est perturbé. Il en est de même lors des traitements par les puissants antidépresseurs ou neuroleptiques. De profondes perturbations dans l'analyse et le décodage par les centres nerveux sont un obstacle majeur à l'action efficace des réflexothérapies.

Malgré tout, l'auriculothérapie peut être effectuée pour améliorer l'état anxio-dépressif et tendre à diminuer la prise de médicaments.

- En première intention, on examinera certains points auriculaires à l'oreille droite comme à la gauche (fig. 2). Ils sont à traiter s'ils sont reconnus anormaux.
- Dans un second temps, on saura contrôler aussi d'autres points (points maîtres, points d'adaptation, points psychiques) détaillés au chapitre cartographies.
- L'analyse la plus pertinente de ces points se fera par les fréquences des hémi-corps, associées (battement) ou isolées. Les points reconnus anormaux pourront être contrôlés par le détecteur électrique.

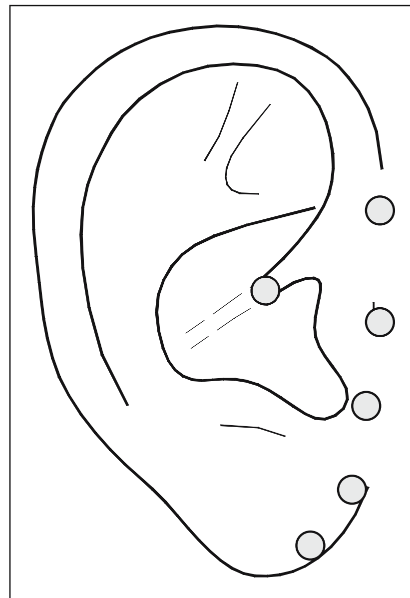


Fig. 2 - Zones à contrôler dans les troubles psychiques.

L'auriculothérapie n'a pas la prétention de pouvoir traiter à elle seule les troubles psychiques, mais s'intègre dans un ensemble de soins convergents. Les troubles psychiques sont un obstacle à négocier, à contrôler (5).

Les dérèglements posturaux (6, 7)

La posturologie est devenue une nouvelle spécialité médicale très utile dans le traitement de douleurs ou troubles liés à des contractures musculaires. Une semelle orthopédique peut traiter une lombalgie ; une gouttière dentaire peut soulager une cervicalgie ; la rééducation orthoptique peut améliorer la fatigue cérébrale.

Mais la posturologie s'inscrit dans une vision bio-cybernétique ouverte : ces trois entrées peuvent être interconnectées.

En complément du traitement étiologique, les zones décrites à la face postérieure de l'oreille peuvent soulager douleurs et contractures musculaires (fig. 3).

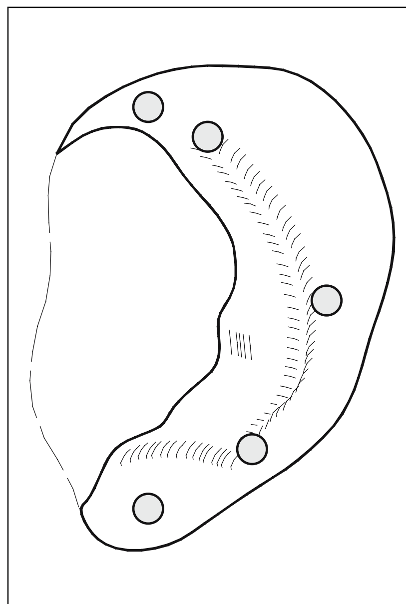


Fig. 3 - Zones à contrôler dans les troubles posturaux.

Les dérèglements immunitaires

Notre système immunitaire doit être compétent pour reconnaître et traiter les substances étrangères à notre corps (microbes, virus, cellules cancéreuses, mais aussi nutriments). Il peut manifester des insuffisances (anergie), des excès (allergies) ou se retourner contre nous (maladies auto-immunes).

La simple réaction antigène-anticorps ne représente sans doute que la surface émergée de l'iceberg, et peut faire intervenir de très nombreux facteurs. L'interface entre les maladies auto-immunes et la prédisposition génétique est classique ; la reconnaissance des antigènes par les médiateurs de l'inflammation peut être totale ou partielle.

Lever des obstacles peut conduire à une moindre expression toxique des gènes. On fera la recherche des points fixes en début de consultation, sans les traiter. S'ils ne sont pas retrouvés en fin de consultation, les soins auront été suffisants (par action indirecte sur ces témoins). S'ils restent présents, on les traitera (laser et/ou aimant).

Quelques zones auriculaires sont à contrôler en cas de troubles immunitaires (fig. 4).

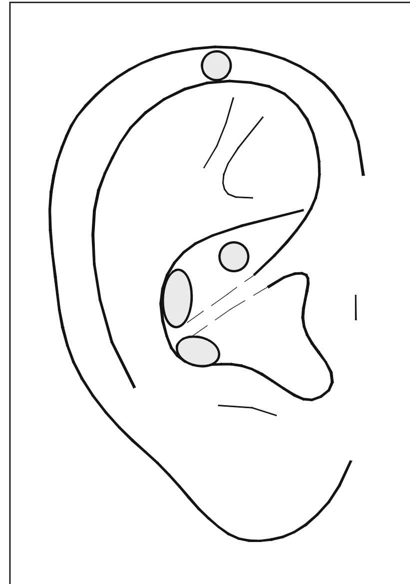


Fig. 4 - Zones à contrôler dans les troubles immunitaires.

Les dérèglements hormonaux

Les déséquilibres thyroïdiens entraînent des variations de poids. L'insuffisance ovarienne à la ménopause déclenche des bouffées de chaleur. Un traitement hormonal peut faire disparaître des troubles inexpliqués. L'altération du psychisme ou un état de fatigue cyclique peuvent être reliés à des troubles hormonaux.

Après avoir traité un point d'oreille anormal correspondant à une glande endocrine, nous rechercherons d'éventuelles anomalies sur d'autres zones endocrines. En effet, les liaisons directes, indirectes et de *feed-back* entre les glandes endocrines sont bien connues. On peut espérer ainsi pouvoir réduire un traitement hormonal au strict nécessaire (fig. 5).

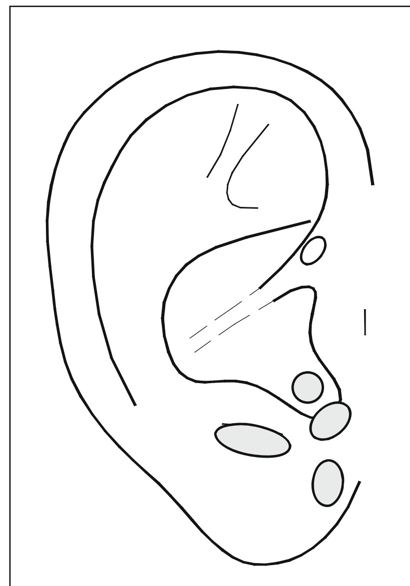


Fig. 5 - Zones à contrôler dans les troubles hormonaux.

Des obstacles moins classiques. Les foyers

Pour les mettre en évidence, il faut en connaître l'existence. Le diagnostic reposera sur le flair du médecin, sur l'interrogatoire et sur l'examen particulier à cet obstacle.

Il met en évidence un « foyer », une pathologie dont l'origine est cachée, et qui induit une autre pathologie à distance. Le foyer n'est pas obligatoirement visible ni sensible. Dans la majorité des cas, le RAC sera d'une aide précieuse

pour découvrir cette cause cachée, car il s'agit de phénomènes discrets, sournois, difficiles à débusquer.

Lever les obstacles est toujours salutaire.

L'interrogatoire

Il est classique, et orienté selon les symptômes motivant la consultation. Sa richesse est un témoin de la culture médicale du praticien.

La question essentielle est « *Depuis quand ?* ». Elle nous permettra une approche étiologique, dans les suites de traumatisme, de choc affectif, d'intoxication médicamenteuse ou alimentaire, d'infection sévère ou d'intervention chirurgicale.

L'examen particulier

Des procédures spécifiques d'examen clinique existent dans les diverses disciplines médicales (médecine manuelle-ostéopathie, posturologie, neuralthérapie, odontostomatologie). Elles ne relèvent pas de notre propos. En revanche, nous indiquerons les techniques d'auriculothérapie permettant la détection d'un obstacle.

Le syndrome dit de la première côte

C'est l'obstacle réflexe créé par l'irritation du ganglion stellaire (1-3, 6, 8, 9)

Un effort mal géré du membre supérieur peut induire une contracture de muscles de la charnière scapulaire (petit pectoral, scalènes) dont l'effet est de plaquer la tête de la 1re côte contre le ganglion stellaire (cervico-thoracique).

L'irritation du ganglion stellaire

Elle peut avoir divers effets régionaux vers les artères, le membre supérieur, l'œil et le thorax (cœur, poumon, thymus) (fig. 6).

On songera à son implication chez des personnes souffrant de troubles fonctionnels : brachialgies, faux angor, palpitations, extrasystoles, troubles respiratoires, troubles visuels (pouvant aller jusqu'au syndrome de Claude Bernard-Horner), sans cause retrouvée.

Ces symptômes sont généralement inexpliqués par la médecine

Ces malades se sentent mal compris et peuvent développer un état dépressif secondaire. Les anxiolytiques vont sembler efficaces en modifiant la perception de ces symptômes.

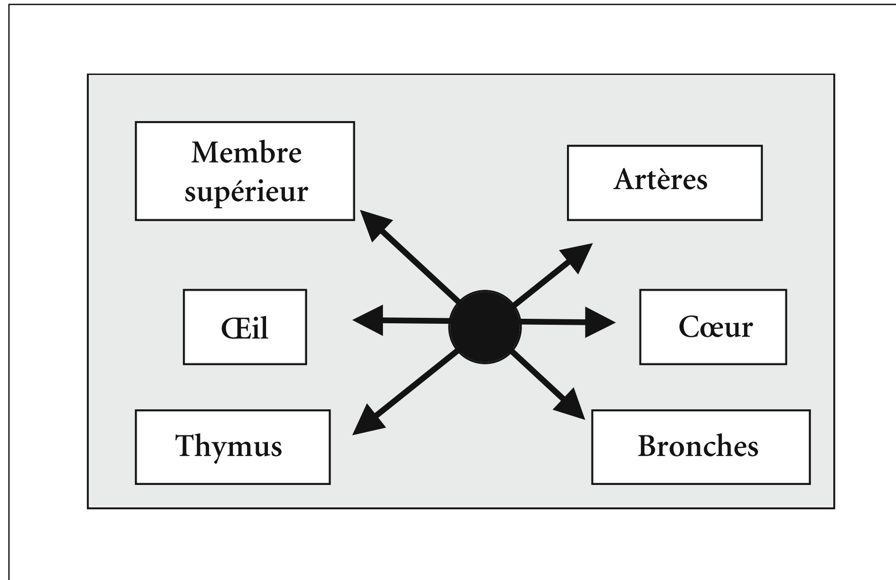


Fig. 6 - Effets à distance du ganglion stellaire.

Ce « syndrome de la 1re côte » est très fréquent. En médecine manuelle-ostéopathie, on effectue le test de la rotation cervicale, et l'on recherche la sensibilité à l'appui sur la tête de la 1re côte, et la tension des scalènes.

Les divers soins

René Leriche n'hésitait pas à infiltrer le ganglion stellaire (9). Actuellement, d'autres thérapeutiques sont utilisées, notamment le traitement manuel, par manipulation ou techniques myo-tensives (10). La prévention de récidives relève de conseils posturaux (11).

À l'oreille, on recherchera le point douloureux correspondant à la 1re côte, le point du ganglion stellaire auriculaire, celui des scalènes contrôlés par le détecteur électrique (fig. 7). De plus, l'effet sur le RAC de la projection du rouge 24 sur les points de cette région sera appréciée.

L'auriculothérapie, complément de la médecine manuelle-ostéopathie, permet de guérir ce syndrome, ou d'en rendre les récidives moins fréquentes.

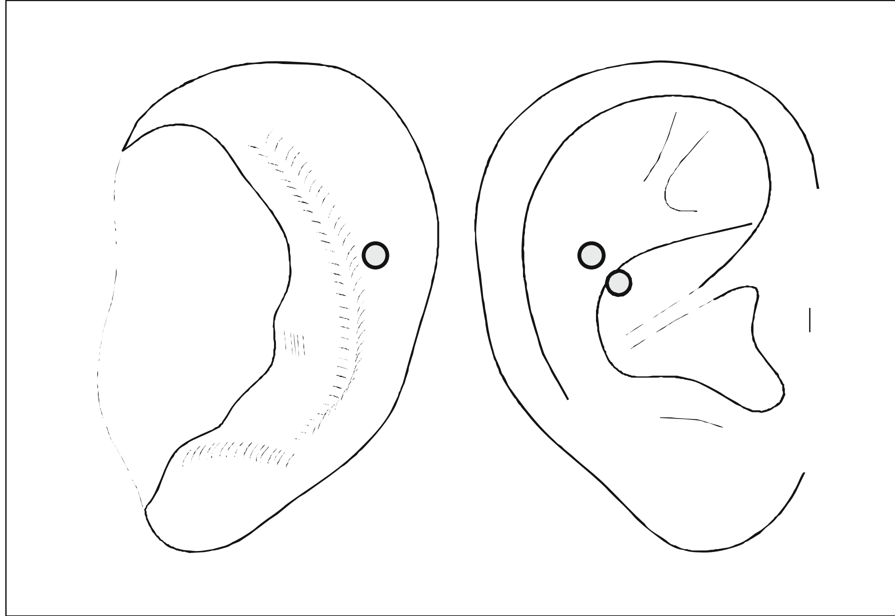


Fig. 7 - Zones auriculaires relatives à la première côte.

Les troubles neurovégétatifs localisés

Il faut y songer, en particulier dans les troubles fonctionnels thoraciques ou abdominaux. On s'intéressera au métamère, au rayon (*cf.* fin du chapitre sur les cartographies page 155). Pour découvrir l'endroit anormal, on vérifiera le mur de la conque par la détection électrique, ou par l'étude du RAC à la projection de la couleur rouge 24.

Les cicatrices (1, 3, 6, 8, 9, 12)

Après une plaie ou une intervention chirurgicale, les tissus vont cicatriser en formant un tissu fibreux. Une cicatrice peut ainsi induire une contracture musculaire du muscle en regard, avec tendinite secondaire. Une cicatrice peut modifier le tissu conjonctif et le liquide extracellulaire qui l'environnent. Elle peut aussi se comporter comme une zone réactogène, nommée « champ perturbateur ».

Les effets connus

Piper et Vane (Prix Nobel 1971) ont montré que le taux de prostaglandines augmente dès qu'il y a modification de la paroi cellulaire. La cicatrice crée une dysrégulation

interne. Elle peut susciter l'émission de messages inconscients parasites, risquant de perturber une partie du corps (stade loco-régional) ou même l'ensemble du corps (stade général). Les cicatrices peuvent perturber le système immunitaire et la circulation de l'influx nerveux. Elles créent une zone faible dans le dermatome.

Le versant personnalisé

La sensibilité à cette agression n'est pas obligatoire ; elle est individuelle. Le choc ou la qualité chirurgicale ne sont pas en cause en ce domaine réflexe. Les circonstances et l'interface avec une prédisposition génétique (HLA B 27) sont classiques. Il est précisé que les cicatrices de la face, de la bouche et médianes antérieures abdominales sont connues comme étant les plus réactogènes.

Dans la recherche des causes liées aux cicatrices, l'interrogatoire est le moment capital nous permettant de relier les faits et symptômes à un éventuel traumatisme antérieur.

Les cicatrices à l'oreille

Paul Nogier a décrit la représentation des cicatrices au pavillon de l'oreille. Le derme est décrit à la bordure, sur le dermatome correspondant. Le péritoine et la plèvre sont décrits au mur de la conque (fig. 8 et 9).

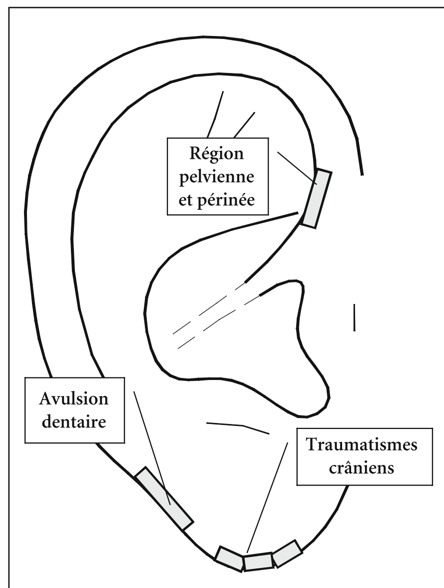


Fig. 8 - Cartographie auriculaire des cicatrices (1).

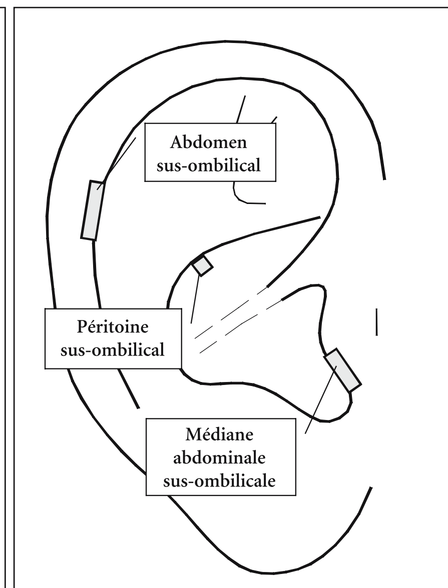


Fig. 9 - Cartographie auriculaire des cicatrices (2).

Le toucher superficiel d'une cicatrice toxique déclenchera le RAC négatif (la perte du pouls) pendant un nombre de pulsations, alors que le RAC sera perçu sur quelques pulsations après un toucher comparable de la peau normale.

Il peut en être de même après l'éclairage par la lumière blanche. La projection de la fréquence A sur la cicatrice déclenchera le RAC.

À l'oreille, l'extrémité noire (ou blanche) du bâtonnet noir-blanc déclenchera le RAC lorsqu'elle est approchée de la localisation correspondant à la cicatrice toxique. On y posera une aiguille ordinaire, de façon tangentielle. À défaut, on utilisera les fréquences.

Les foyers dentaires (13-15)

Les dents peuvent être un redoutable obstacle, protéiforme : les contacts interdentaires peuvent induire des troubles posturaux, les zones cicatricielles après avulsion dentaire sont très réactogènes, les foyers dentaires infectieux et inflammatoires sont bien connus, la salive peut créer un effet de pile avec le bimétallisme en bouche (13), la toxicité du mercure des amalgames est un fait avéré, les métaux en bouche semblent pouvoir créer des désordres immunitaires.

Les cartographies reliant les différentes dents et les différentes parties de l'auricule ont été décrites (14). Les liaisons entre les différentes dents et les différents organes du corps ont également été mentionnées (15).

Le RAC permet d'apprécier la réactivité dentaire, voire d'orienter sur telle ou telle dent à examiner en priorité. Si la pression des arcades dentaires déclenche un RAC négatif, on notera le nombre de pulsations : plus il est élevé, plus cette dent est suspecte. On appréciera aussi l'effet de la projection de la lumière polarisée et des couleurs orange 21 et bleu 44 sur les arcades dentaires.

Ces informations seront signalées au dentiste ou au stomatologiste, pour contrôle et soins appropriés.

La baisse de vitalité (1, 3)

Lorsque le corps se trouve en état de carence sévère par sous-alimentation, fatigue chronique, ou à la suite d'infections sévères, de maladies graves, de chimiothérapie, ou de stress intense, il ne trouve pas en lui les forces nécessaires pour se traiter. Dans ces cas, les réflexothérapies sont peu efficaces, ne permettant pas au corps de se soigner lui-même par l'intermédiaire du système nerveux et/ou du système immunitaire. L'observation enseigne également que toute douleur ou maladie chronique use les réserves énergétiques et induit une baisse de vitalité.

À l'oreille, on peut en faire le diagnostic par la recherche au RAC des « îlots noirs » (les points détectés à la pointe noire du bâtonnet noir-blanc). La confirmation est possible par la détection électrique des points en excès d'impédance.

Le traitement de la séquence de ces îlots noirs est réalisé par la piqûre faite en apnée inspiratoire stricte.

L'épuisement du RAC (16)

L'éclairage du corps par une lumière blanche puissante déclenche un certain nombre de RAC. Dès l'arrêt du RAC, un nouvel éclairage au même endroit doit déclencher un nombre identique de RAC. Il ne faut pas hésiter à répéter ce test 10 à 15 fois successivement, pour réaliser ce que Raphaël Nogier a comparé à un test d'effort.

Cette baisse du nombre des RAC est nommée l'épuisement du RAC. Elle met en évidence une mauvaise adaptation du corps aux stimulations itératives. L'épuisement du RAC se rencontre en de nombreuses maladies fonctionnelles chroniques liées à des foyers (dents, cicatrices, etc.). Cliniquement, il correspond à un certain degré de fatigue chronique entretenue par divers obstacles ou foyers.

Les troubles de la latéralité (1, 17-22)

Les hémisphères cérébraux

Les hémisphères cérébraux sont reliés par les nombreuses fibres interhémisphériques, dont le corps calleux. L'étude des deux hémisphères cérébraux est assez récente. Les recherches de l'Américain Sperry ont été couronnées par le prix Nobel, décerné en 1981. Actuellement, on utilise la tomographie à émissions de positons (TEP), l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) ou la stimulation magnétique transcrânienne du cortex, pour étudier le fonctionnement du cerveau.

Nos deux hémisphères cérébraux ont des tonalités complémentaires. Dans une certaine mesure, ils se complètent et s'opposent. L'hémisphère gauche est celui de la parole ; il est analytique et déductif. L'hémisphère droit celui de l'audition et de la musique ; il est synthétique et intuitif.

L'hémisphère gauche est logique, sensible à la valeur, a un tonus émotionnel gai. L'hémisphère droit est artiste, sensible au symbole, a un tonus émotionnel triste. La dominance hémisphérique présente deux versants dont l'opposition n'est pas absolue, à l'image de la science et de la poésie.

Les gauchers

Au sein de la population, on compte 10 % de gauchers, dont un certain nombre de faux gauchers et d'ambidextres. C'est vers l'âge de 6 ans que la latéralité s'acquiert. L'enfant, l'adolescent ou l'adulte peuvent être perturbés, inhibés dans une latéralité imposée ou inconfortable. Des troubles de latéralité peuvent être évoqués à tout âge,

en particulier dans les difficultés d'apprentissage, la dyslexie et le bégaiement, lors des troubles de l'émotivité, de la cognition et du caractère.

On rencontre des personnes adultes qui étaient gauchères à l'origine, et qui furent contraintes par leur instituteur (laïc, frère ou sœur) à écrire de la main droite, soit par des coups de règle sur les doigts, soit en attachant la main gauche dans le dos !

La latéralité cérébrale n'est pas obligatoirement la même que pour l'œil ou la main : un droitier de la main peut être droitier de l'œil et gaucher du pied. Un droitier peut être plus habile de la main droite pour les travaux de force, et préférer la main gauche pour les travaux délicats. Différents tests permettent d'apprécier la latéralité générale, ainsi que celle de la main ou de l'œil (19, 23).

Les soins personnalisés

Paul Nogier nous a rapporté le cas d'un aquarelliste lyonnais. Il ne pouvait s'épanouir dans sa passion, car ses dessins et peintures étant mièvres. Nogier lui a conseillé de se rééduquer en peignant de la main gauche. Il a pu ainsi réaliser un travail délicat.

On pourra apprécier les points d'oreille par l'analyse du RAC après sa projection de la fréquence FH (8,74 Hz) et de la fréquence FB (3,75 Hz). Chez le droitier, FB correspond au cerveau gauche (hémi-corps droit) et FH au cerveau droit (hémi-corps gauche).

À l'oreille, les points les plus importants à examiner en cas de dyslatéralité sont zéro prime, décussation, épiphyse 1. Les zones de l'hypothalamus et du cortex préfrontal peuvent être impliquées, de même que les points ACTH (fig. 10).

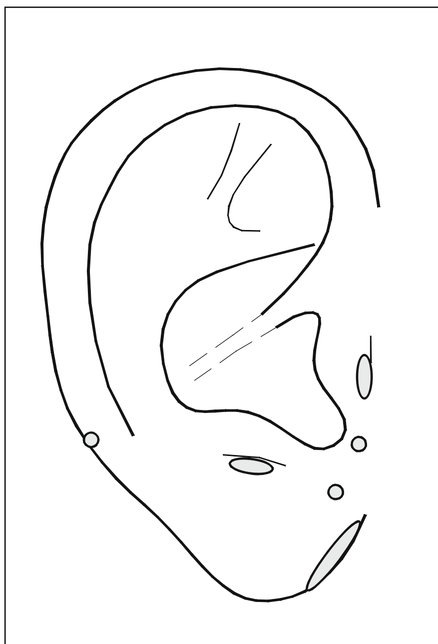


Fig. 10 - Points auriculaires à contrôler dans les troubles de la latéralité.

À l'oreille, si le RAC se manifeste après une stimulation par FB, on estime que ce point est sous l'influence de l'hémisphère dit dominant (gauche chez le droitier). S'il réagit avec FH, il serait sous l'influence de l'hémisphère dit dominé (droit du

droitier). Les points les plus perturbés sont sensibles à FB et à FH (isolés ou ensemble).

Le fait de contrôler ces perceptions par la détection électrique sécurise et relativise.

Sur un plan extramédical, on estime que la civilisation européenne est de type « cerveau gauche » par rapport à la civilisation chinoise du genre « cerveau droit ». Or, au Moyen-Âge, tout était symbole. Notre civilisation peut être considérée comme ayant une dominante « cerveau droit », à cette époque.

Comme pour les civilisations, la dominance hémisphérique pourrait être labile en fonction des circonstances (lors du sommeil, de la relaxation profonde, en cas de stress ou de panique et des périodes). Dans nos jugements, évitons d'être manichéens.

Les phases décrites par Paul Nogier (1, 3, 6, 8, 22-25)

Le scandale

Habituellement, le traitement d'un point soulage un organe douloureux correspondant ou voisin (*cf.* les cartographies). En revanche, dans les cas chroniques, un point situé sur un tout autre territoire pourra avoir un effet bénéfique sur ce même organe, comme s'il débloquait la situation. Le fait est là, même s'il semble choquant.

À côté des localisations classiques, éprouvées, admises et logiques, Nogier a publié d'autres cartographies dites de « phases » (fig. 11). On pourra utiliser ce complément subtil dans les cas rebelles ou chroniques. Il faut surtout concevoir les phases avec pragmatisme, une aide chez des malades complexes et non pas une vérité intangible.

La notion de phases a été ressentie comme une aberration sinon une insulte par un bon nombre de praticiens. Quand on est un adepte de la pensée unique et que l'on souhaite pratiquer une médecine simple (sinon simpliste), on trouvera toutes les bonnes raisons pour dénier les anomalies peu fréquentes. En réalité, les points dits « de phases » sont des parasites à rechercher dans les cas rebelles, chroniques ou complexes.

Pourquoi les phases ?

Nogier assimilait le phénomène des phases à l'oreille à ces pannes électriques survenant sur une phase. Il nous disait aussi : « *L'eau est toujours de l'eau, H_2O, qu'elle soit sous forme de glace, vapeur ou liquide. C'est la même matière, sous trois phases différentes selon la température et la pression atmosphérique !* ». En revanche, les explications médicales ont manqué pour expliquer cette constatation insolite.

Généralement, on utilise les phases à des anomalies survenant dans la transmission de l'influx nerveux. Ces anomalies de connexion pourraient être liées à des

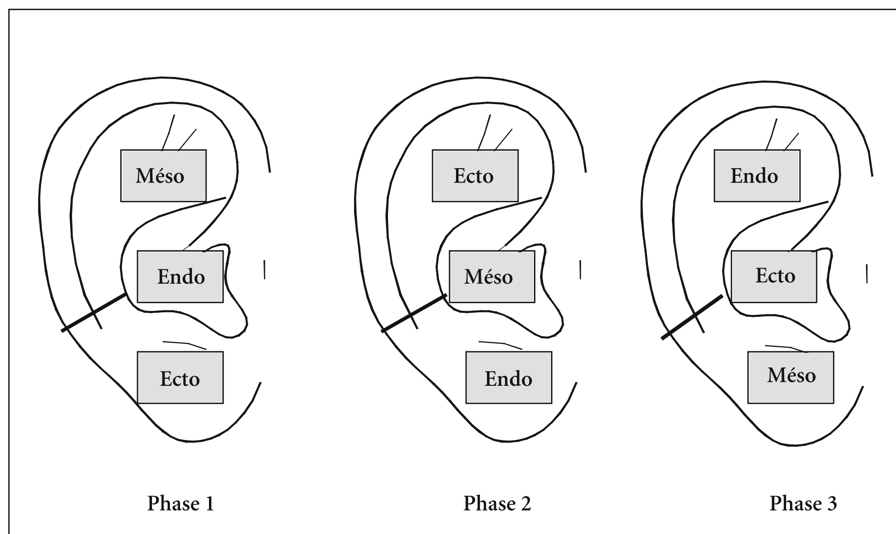


Fig. 11 - Représentation des dérivés embryologiques dans les trois phases (mésoderme, endoderme, ectoderme).

altérations des canaux ioniques et/ou à des modifications synaptiques. Ces perturbations seraient localisées à la moelle, au tronc cérébral ou au sous-cortex. Cette hypothèse permet de comprendre la dérivation de l'influx nerveux vers d'autres aires somesthésiques, et logiquement vers d'autres parties de l'oreille.

Une unité nerveuse de la formation réticulaire peut fort bien être reliée à divers organes éloignés et disparates. On développe également depuis quelques années les notions de plasticité neuronale. L'important est d'utiliser cette information pour débloquer la situation et ainsi soulager le malade, ce qui reste quand même notre priorité.

En 2002, à Porto Rico, le groupe IRGOVAS a donné cette définition : « *Les phases sont des représentations neurologiques transitoires du corps sur l'oreille. Elles sont le résultat de la réponse intégrative cérébrale aux informations, aussi bien environnementales que résultant des conditions physiologiques ou pathologiques.* »

Le diagnostic des phases

Le diagnostic des points de phases s'établit en projetant une lumière colorée ponctuelle sur l'oreille. Si le RAC s'exprime, on pourra relier cette zone à une phase.

– **Rouge 25 est la couleur correspondant à la phase 1.** Ce sont les cartographies classiques. Les points dits de phase 1 sont également douloureux à la pression du palpeur, et détectables en forte baisse d'impédance électrique. On pense qu'ils traduisent un spasme artériolaire. Ils correspondent à des phénomènes organiques et appellent l'aiguille ou l'ASP.

– **Vert 58 est la couleur correspondant à la phase 2.** Les points dits de phase 2 ne sont pas douloureux à la pression du palpeur. Ils sont détectables en faible baisse d'impédance électrique. On pense qu'ils correspondent à des anomalies de l'innervation de cet organe. Pour les traiter, on choisira l'aiguille simple ou les fréquences (laser).
– **Bleu 44 est la couleur correspondant à la phase 3.** Les points dits de phase 3 ne sont pas douloureux à la pression du palpeur. Ils sont détectables en faible baisse d'impédance électrique. On estime qu'ils correspondent à des anomalies du fonctionnement de cet organe. Pour les traiter, on choisira l'aiguille simple ou les fréquences (laser).

Nous avons représenté les articulations de l'appareil locomoteur ci-dessous (figs 12-14).

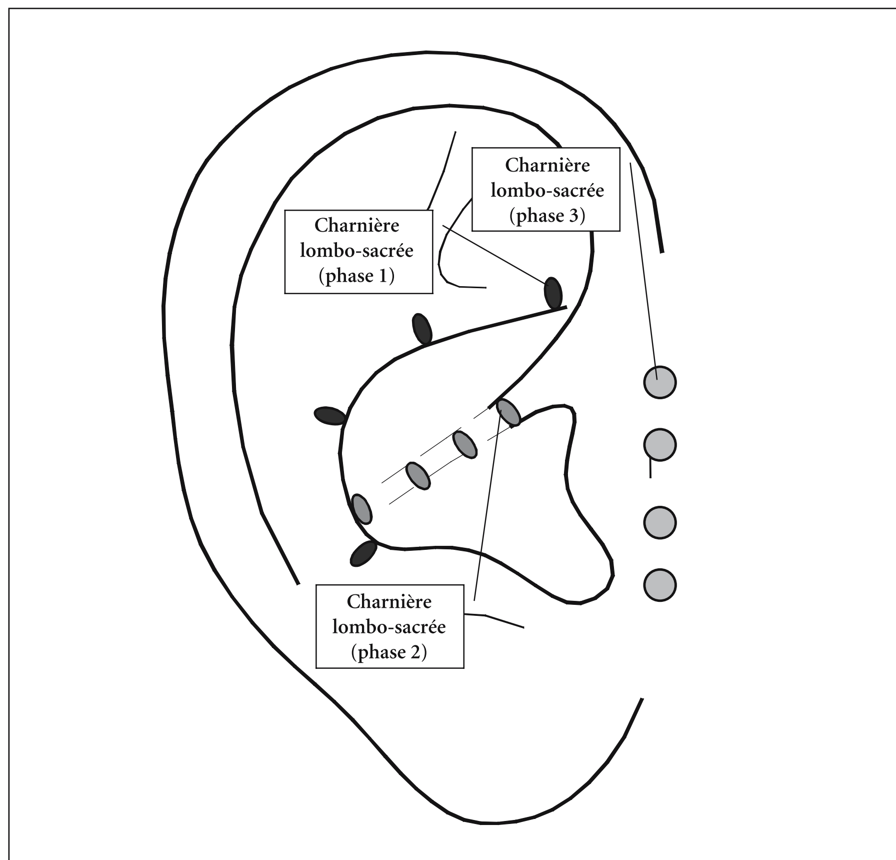


Fig. 12 - Articulations de la colonne vertébrale dans les trois phases.

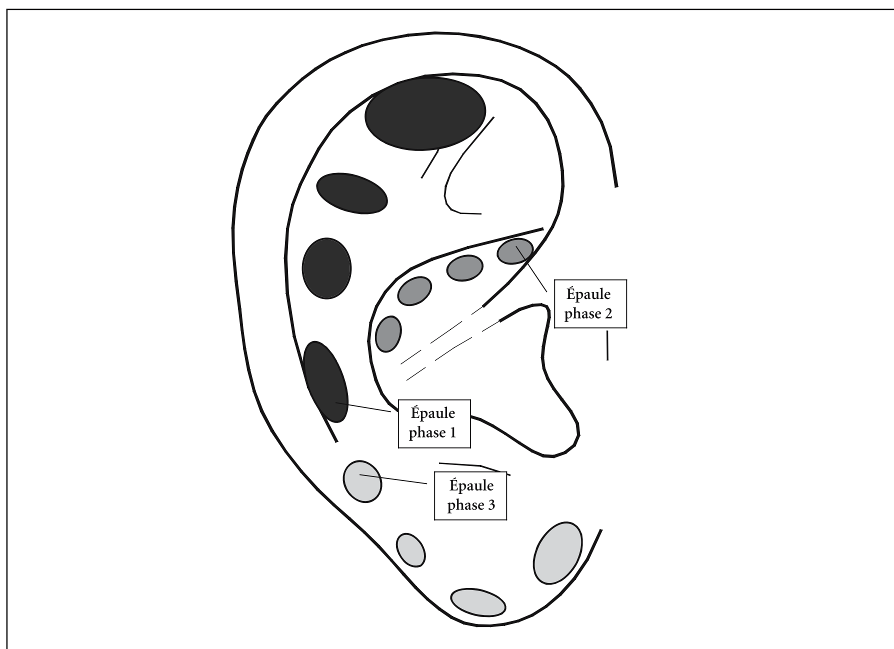


Fig. 13 - Articulations du membre supérieur dans les trois phases.

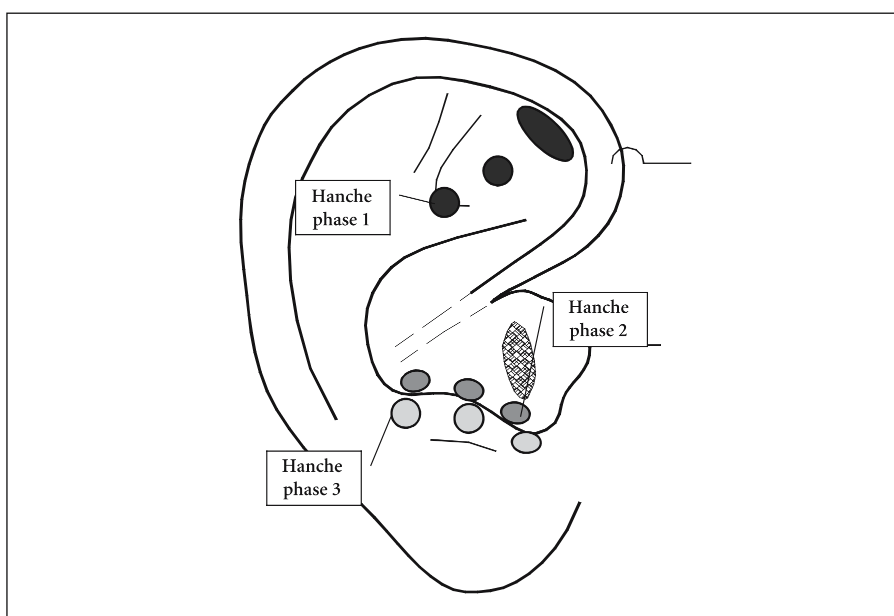


Fig. 14 - Articulations du membre inférieur dans les trois phases.

À titre d'exemple, dans une algodystrophie de la main droite, nous pourrons traiter avec cinq aiguilles (fig. 15) :
– oreille droite : point de phase 1 dans la zone de la main, point du ganglion sympathique sur le rayon, point de parathyroïde ;
– oreille gauche : point de phase 2 dans la zone de la main, point de phase 3 dans la zone de la main.

En effet, pour un même organe, les points de phase 2 ou 3 sont généralement situés sur l'autre oreille que le point de phase 1.

En fin de ce chapitre court et dense, nous tenons à préciser qu'il semble bien rare de retrouver « une seule cause » chez un même malade porteur de pathologie chronique ou complexe, mais habituellement un ensemble d'obstacles, lesquels ne sont pas tous détectables en une fois.

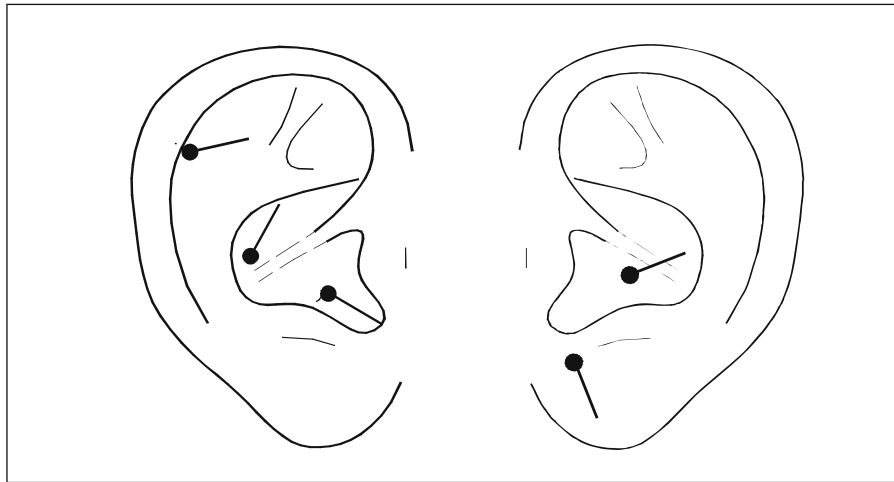


Fig. 15 - Exemple du traitement d'une algodystrophie de la main droite.

Références

1. Nogier PFM (1981) De l'auriculothérapie à l'auriculomédecine. Maisonneuve, Moulins-lès-Metz
2. Bourdiol RJ (1980) Éléments d'auriculothérapie. Maisonneuve, Moulins-lès-Metz
3. Rouxeville Y (2000) Acupuncture auriculaire personnalisée. Sauramps médical, Montpellier
4. Pischinger A traduit de l'allemand par le Dr Pelz (1994) Le système de la régulation de base. Haug International, Bruxelles
5. Goris J (2006) Paradigm cange in etiology and therapy of psychological perturbances and diseases. Ve Symposium international d'auriculothérapie et d'auriculomédecine. GLEM-EIPN, Lyon
6. Leclerc B (1994) Précis d'auriculothérapie, tome I. Leclerc, Nevers
7. Marignan M (2001) Vieillissement vertébral, vieillissement postural. Données récentes et implications thérapeutiques. Actes du Congrès du XXe anniversaire, Tunis
8. Nogier R (2000) Auriculothérapie 1er degré. Sauramps médical, Montpellier

9. Leriche R (1940) La chirurgie de la douleur. Masson, Paris
10. Nogier P (1976) Le problème de la première côte. Revue auriculo-médecine n° 3. Maisonneuve, Sainte-Ruffine
11. Nogier P (1982) Auto-manipulation. Revue auriculo-médecine n° 29. Maisonneuve, Sainte-Ruffine
12. Richand P, Pelz G, de Winter E (1983) Aspects actuels de la neuralthérapie. Baillière, Paris
13. Debard S (1998) L'électrogalvanisme buccal. DHTM, Mont-la-Ville. Suisse
14. Nogier P (1979) Correspondance des différentes dents avec certaines parties du pavillon de l'oreille. Revue auriculo-médecine n° 15. Maisonneuve, Sainte-Ruffine
15. Vulliez C (2000) Auriculothérapie appliquée à l'art dentaire. Sauramps médical, Montpellier
16. Nogier R (2003) Le phénomène d'épuisement du VAS. Actes d'Alba. Sauramps médical, Montpellier
17. Secondy A (1981) Travaux originaux sur la latéralité. Revue auriculo-médecine n° 25. Maisonneuve, Sainte-Ruffine
18. Nogier P, Nogier R (1979) L'homme dans l'oreille. Maisonneuve, Sainte-Ruffine
19. Nogier R (1993) Introduction pratique à l'auriculomédecine. La photoperception cutanée. Haug, Bruxelles
20. Israël L (1995) Cerveau droit, cerveau gauche, cultures et civilisations. Plon, Paris
21. Amoroso H (2003) Cerveau droit : voix et voie de Dieu. Aubin éditeur, Saint-Étienne
22. Rouxeville Y (1994) Index des cours effectués par le Dr Paul Nogier du 27 février 1981 au 9 juillet 1994. Peut être consulté sur www.glem.org
23. Nogier P (1979) Révolution dans les localisations auriculaires. Revue auriculo-médecine n° 15. Maisonneuve, Sainte-Ruffine
24. Nogier PFM (1989) Complément des points auriculaires. Maisonneuve, Sainte-Ruffine
25. Nogier R (2006) Auriculothérapie 2e degré. Sauramps médical, Montpellier

Situation de l'auriculopuncture en Chine

Y. Meas (Tchang Chi Cheng)

Pour écrire ce chapitre, nous avons fait appel aux amis et collègues acupuncteurs ayant fait des séjours en Chine, ainsi qu'à des contacts épistolaires avec les différentes ambassades de Chine à Paris et de France à Pékin et Shanghai.

La personne qui a fait un des plus longs séjours de formation en médecine traditionnelle chinoise (MTC) en Chine est mon frère le Dr Yunnat Meas. Après ses études médicales en France, il a fait un séjour de plus d'un an entre Pékin, Shanghai, Hong Kong et T'ai-Pei et de multiples séjours plus brefs par la suite. Qu'il soit remercié par ces quelques lignes, de l'apport de son témoignage.

Plusieurs de mes confrères membres du CFA (le Collège français d'acupuncture) et en particulier le Dr Jean-Claude Dubois, nous ont donné leurs contacts avec l'institut de Beijing University of Traditional Chinese Medicine et différentes écoles à Pékin et Shanghai.

Quelle place l'auriculothérapie a-t-elle en Chine ?

L'auriculothérapie ne fait pas partie de la médecine traditionnelle chinoise (MTC)

La MTC comporte l'acupuncture, la phytothérapie chinoise, la diététique, le Tuina (massage chinois), le Qi Qong, le Tai Chi, etc. L'auriculothérapie, comme écrit dans les chapitres précédents, est une discipline créée par le Dr Paul Nogier.

Il faut préciser que l'auriculothérapie (définie comme telle) n'était pas connue des Chinois de l'Antiquité, qui cependant pratiquaient des points sur l'oreille.

C'est depuis 1960 que sont apparus des concepts sur les méridiens dans l'oreille.

La place de l'auriculopuncture est une question à laquelle il serait difficile de répondre avec impartialité. Pourquoi ? La réponse ne peut être que vague, dans une fourchette de pourcentage donné, car la Chine évolue tellement vite depuis dix ans que l'affirmation d'aujourd'hui ne sera plus valable dans un an et encore moins dans cinq ans.

L'impulsion donnée par le Président Mao

En effet, au moment de la grande vague d'esprit révolutionnaire, tous les centres d'hygiène de la Chine ont décidé de répondre à l'appel du Grand Timonier, le Président Mao, et d'apporter au monde rural le bénéfice d'une médecine jusqu'alors réservée aux villes. Des équipes d'hygiène (les fameux médecins aux pieds nus) se sont formées en grande quantité dans les campagnes.

Afin de faciliter cette entreprise, l'Institut médical de Nankin décida de créer un modèle type de l'oreille. Celui-ci fut distribué au corps médical afin, d'une part, de traiter les malades, et, d'autre part, de donner un enseignement pratique aux populations agricoles et rurales. Il fut également demandé de faire des recherches sur l'acupuncture par l'Oreille et de rassembler les observations cliniques (le Pr Bossy et le Dr Niboyet ont fait état de la qualité des soins de ces médecins aux pieds nus, dans plusieurs de leurs ouvrages sur l'acupuncture, ils sont également cités dans de nombreuses publications référencées dans Acudoc.2 par le Dr Johan Nguyen).

Grâce aux équipes sanitaires ambulantes, grâce aux observations colligées, il fut possible de créer petit à petit des traitements simples et économiques (1).

En 1970-1975, une cinquantaine de points étaient répertoriés et répondaient à des traitements bien précis : lombalgies, sciatalgies, diarrhée, prostatite, torticolis, périarthrite de l'épaule, asthme etc. (fig. 1).

Renseignements glanés depuis la France

Nous avons interrogé M. Kuai, premier secrétaire à l'ambassade de Chine à Paris et Mme le Pr Zhu, responsable de l'enseignement de la MTC à Bobigny Paris et également représentante officielle pour la Chine de la MTC en France. À leur avis, l'auriculopuncture fait partie intégrante de l'acupuncture ; c'est une part précieuse de l'héritage de la médecine traditionnelle chinoise.

Le schéma modèle correspond au « classique interne » et autres écrits de la médecine classique auxquels s'ajoute l'ensemble statistique de toutes les observations cliniques et expérimentales du laboratoire de l'Institut médical de Nankin (4).

Le Dr Yunnat Meas est allé plusieurs fois à Hong Kong, Pékin, Shanghai, T'ai-Pei (Formose) de 1976 à 1980 et a pu constater que l'auriculopuncture évoluait très rapidement et que les points d'auriculopuncture se multipliaient. Il en a ramené une centaine pour les comparer à ceux de Paul Nogier dont j'étais l'élève.

Dans les différentes écoles privées, cliniques privées et petits hôpitaux à Shanghai, l'auriculopuncture était pratiquée avec la médecine traditionnelle chinoise par les médecins chinois (leur formation était de 4 ans : 1 an de formation en MTC (acupuncture plus Tui Na), 1 an de pharmacopée et 2 ans de clinique (sémiologie) à la période de 1975-1980.

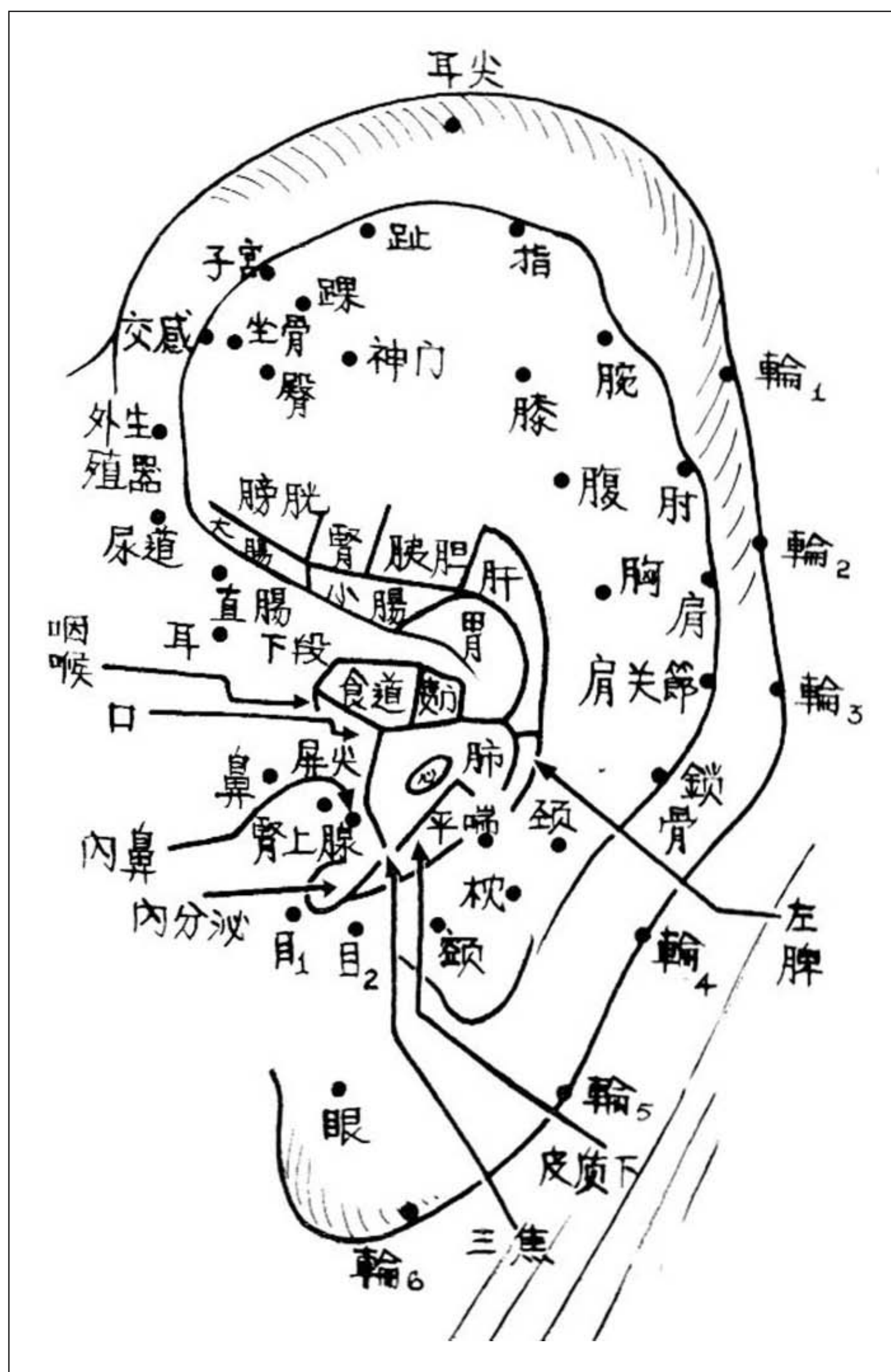


Fig. 1 - Les relations topographiques oreille-fœtus.

À l'époque, l'auriculopuncture était employée dans la proportion de 3 à 5 % en pratique seule ou avec l'acupuncture traditionnelle chinoise et sa pharmacopée chinoise traditionnelle.

Dans la majorité des cas (95 à 97 %), le traitement comprenait la pharmacopée et l'acupuncture traditionnelle chinoise.

Avec cette médecine populaire, pour 3 à 5 yuans, les patients étaient traités. Bien souvent, c'était le patron de la boutique de pharmacopée qui faisait office de médecin. Il avait une grande pratique « empirique » et connaissait ses mélanges phytothérapiques et ses indications. Il n'y avait pas d'école, on suivait le maître et on améliorait au fil du temps les recettes. Il prenait les pouls, regardait la langue et le teint et donnait sa recette. Ce type de pratique est exporté dans le monde entier *via* les diasporas chinoises.

Petit à petit, l'enseignement s'est installé de façon plus didactique et plus formel.

Dans les années 1990, Dr Yunnat Meas est retourné en Chine pour faire du tourisme, visiter la famille et aussi rendre hommage à l'école de son vieux maître qui était décédé. Hélas, le successeur avait un égo démesuré. Un conflit de personnalité s'est installé, il était « jaloux » du statut de médecin de l'étranger et de sa position sociale.

Les relations de confraternité ont été difficiles, mais depuis, nous avons appris que ce fameux successeur a su créer un service, l'a développé et a accueilli des médecins étrangers. Il fait son enseignement grâce aux interprètes et souhaite émigrer aux États-Unis comme quelques autres praticiens de Shanghai et de Pékin : car partir s'installer aux États-Unis, en Australie, au Canada, en Malaisie, voilà le rêve des jeunes « maîtres » chinois.

La stratégie du « *soft power* »

Voilà le reflet de la stratégie actuelle employée par la Chine, celle du *soft power* décrit par Dr Johan Nguyen.

Le concept de *soft power* dans la discipline des relations internationales est développé par le Dr. Joseph Nye, professeur à l'université d'Harvard. Dans ses recherches, Nye tente d'identifier les déterminants de la puissance, donc de l'influence chinoise, dans le système international de l'après-Guerre froide. Pour lui, la puissance représente la capacité pour un État d'influencer les autres États de façon à ce que ces derniers adoptent un comportement conforme aux intérêts du premier.

Pour y parvenir, les pays peuvent recourir à deux principales méthodes : le *hard power* et le *soft power*. Le *hard power* réfère à l'utilisation des outils traditionnels mis à sa disposition, soit la coercition, c'est-à-dire en brandissant la menace de représailles militaires, ou l'incitation, soit en offrant des incitatifs économiques et/ou financiers. À l'opposé, le *soft power* réfère à l'habileté pour un État d'obtenir ce qu'il désire par le pouvoir d'attraction de sa culture, de ses idées, de ses politiques domestiques et de sa diplomatie.

Lorsque celles-ci sont perçues comme étant légitimes aux yeux des autres États, alors le *soft power* du pays en question s'en trouve augmenté. Le *soft power*, dont l'im-

portance s'est accrue avec le développement des nouvelles technologies de l'information et des communications, a donc pour effet de coopter les intérêts des autres acteurs du système international (ou du moins la perception de leurs intérêts).

L'un des principaux objectifs à long terme de la Chine est d'apaiser la thèse de la menace chinoise et de son hégémonie. Cette image de la Chine est non seulement ressentie chez ses voisins, mais elle se diffuse à l'échelle planétaire.

En 2006, répondre à la question de la place de l'auriculopuncture en Chine nous a posé quelques problèmes. La Chine évolue vite et ce, dans tous les domaines, ceux de la santé et de son enseignement n'y échappant pas.

Nous avons aussi voulu qu'un membre du gouvernement chinois puisse nous donner réponse et avis sur la place de l'auriculopuncture en Chine, de son enseignement, de sa pratique ainsi que de sa place économique et sociale.

La quête de renseignements depuis la Chine

Nous avons donc écrit à l'ambassadeur de Chine à Paris et aussi pris des contacts sur place avec les différents instituts. Afin de confronter les dires nous avons écrit aux amis médecins (membres du CFA) et non-médecins, présidents des associations d'enseignement de MTC en France : Dr Gilles Andrès, Dr Philippe Castera, Jean-Claude Dubois, M. Thierry Vinai d'IMTC à Avignon, Mme Corry Renevret, etc. Je les remercie de leurs réponses.

Le constat est que les non-médecins sont intéressés par la vague attrayante de la MTC, ils s'attachent à combler leur retard en formation médicale et s'investissent en allant faire des stages en Chine. Hélas, peu de médecins y sont allés, plus par faute de disponibilité que par manque d'intérêt (la conséquence du désert médical français).

Les amis et la famille de Shanghai, Pékin, Hong-Kong et Taipei ont été mis à contribution

Ils ont visité l'université de Shanghai (reconnue par l'OMS), l'école de Tai Chung (Taïwan), les hôpitaux de Tian Shan, Pu Tuo, Yue Yang, Long Hua, Xiang Shan, Shu Guan, le sanatorium de Shanxi, l'hôpital du peuple de Shanghai, l'hôpital de Tinggang de la ville de Anshan, de la ville de Zigong, l'hôpital de Long Xi de la Province de Fujian, l'institut médical traditionnel de la Province de Henan, le bureau sanitaire de la municipalité de Xuzhou, l'hôpital de Gulou de la ville de Nankin, l'hôpital du peuple de Nichun de la province du Jiang Xi, l'institut de recherche de la ville Chongqing, l'hôpital de la Croix Rouge de la ville de Tianjin, etc.

Nous pouvons ainsi vous transcrire leurs observations sur la pratique en auriculopuncture dans ces instituts chinois.

Les résultats sont significatifs et dépendent des praticiens chinois.

L'obésité est un nouveau fléau en Chine

Les enfants uniques sont rois. Ils sont gavés par les parents et grands-parents. L'auriculopuncture est pratiquée dans 80 % de ces cas. Le praticien pique les points « endocriniens » (glandes endocriniennes et vessie à l'oreille, laisse les petites aiguilles en place avec leur stick (aiguilles semi-permanentes chinoises), prescrit de la phytothérapie chinoise et un régime.

Estimation des types de soins

Si on observe l'ensemble des pathologies traitées, 96 à 98 % des soins pratiqués sont de type occidental : antibiotiques, chimiothérapie, chirurgie, etc.

Les soins en MTC se situent dans la fourchette de 2 à 4 % et l'auriculopuncture, de 0,1 à 0,3 % des soins en MTC.

Ces chiffres sont à moduler. Nous le savons tous, la réalité est toujours difficile à évaluer en Chine. Nous remercions toutefois notre famille et nous pensons que ses réponses et ses informations sont les plus justes.

Réponses et absence de réponses à nos questions

En ce qui concerne nos demandes aux institutions, à ce jour nous n'avons pas eu de réponse écrite ; seuls des contacts téléphoniques ont pu se faire. Pourquoi l'Ambassadeur tarde-t-il à répondre à notre courrier ?

Nous avons posé cette question à notre famille qui réside en Chine. Elle nous a répondu avec beaucoup d'humour : « *Est-ce que ton ministre de la Santé en France est au courant de ce qui se passe dans les hôpitaux ?* » (Une réponse bien chinoise !)

Nous avons donc eu des contacts téléphoniques, en décembre 2006, quatre mois après notre demande écrite, avec le premier secrétaire de l'ambassade de Chine de Paris, qui a témoigné de tout l'intérêt de notre démarche et souhaite que ce chapitre puisse être soumis à leur lecture (*cf.* Annexes page 312). Cela rentre dans le cadre de la promotion de la culture chinoise.

Longtemps réprimées par le parti à la faveur de l'idéologie communiste, la culture traditionnelle et la créativité culturelle chinoises sont en train de renaître. Rapidement, celles-ci traversent les frontières et se marient aux autres cultures.

La cuisine chinoise, l'acupuncture, la médecine traditionnelle ont toujours été des éléments d'attraction culturelle, mais on assiste aujourd'hui à l'expansion de la culture populaire d'une Chine nouvelle. Partout en Asie du Sud-Est, le cinéma, la musique pop, les arts contemporains et la mode, issus de la grande Chine (incluant Hong Kong, Macao et Taiwan) gagnent en popularité.

Après que Gao Xingjian est devenu le premier Chinois à remporter le prix Nobel de littérature en 2000 *(La Montagne de l'âme),* la production cinématographique *Crouching Tiger, Hidden Dragon,* a récemment été acclamé comme étant le film étranger (non anglophone) ayant amassé les plus grandes recettes de l'histoire.

Certains observateurs soulignent que si les jeunes occidentaux d'aujourd'hui portent des vêtements faits en Chine et jouent avec des jouets chinois, il n'est pas impossible que leurs enfants ou petits-enfants préféreront écouter la musique pop chinoise et les films en provenance de Chine. C'est aussi cela le *soft power*.

Nous complétons ce chapitre par notre réponse cette question : **quelle est la place de l'auriculopuncture chinoise dans le monde ?**

En effet, nous avons pris conscience de l'influence de la pensée chinoise, de la MTC dans le monde.

Cela va encore plus loin, le 1er décembre 2006, le président chinois Hu Jintao a rencontré Margaret Chan, directrice générale nouvellement élue de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et ex-chef de la santé de la région administrative spéciale de Hong Kong.

Le rapport de presse Daily China (accessible en ligne par Internet) indique que la Chine et l'OMS avaient développé une bonne coopération dans les campagnes de sensibilisation à la santé, la prévention contre les maladies infectieuses et le soutien à la médecine traditionnelle chinoise (MTC). Cette coopération a amélioré le système médical chinois et a contribué à la santé mondiale selon le président Hu Jintao.

Tous les propos qui sont écrits proviennent des échanges entre les différents membres du CFA (Collège français d'acupuncture, société savante française).

Le Pr François Jullien, de l'université Paris-VII (Denis-Diderot), directeur de l'Institut de la pensée contemporaine, écrit que les succès de la Chine tiennent de sa capacité à faire cohabiter deux traditions, à utiliser les ressources que lui offrent les cohérences occidentales tout en fertilisant celles qu'elle a tissées au cours des millénaires.

Souvenons-nous que ce n'est pas la Chine qui a choisi de rencontrer l'Occident ; c'est l'Occident qui est venu chez elle, et par deux fois : au XVIe puis au XIXe siècle. Pékin est en train d'achever son rattrapage et de commencer le dépassement.

La Chine nous semble habile aujourd'hui à faire cohabiter les deux traditions, ou plutôt à maintenir l'une en retrait et à l'ombre de l'autre. Elle s'efforce de « *marcher sur ses deux jambes* », comme disait le président Mao Zedong, c'est-à-dire à avancer la jambe occidentale tout en gardant appui sur l'autre.

Il est possible de se faire opérer (avec la chirurgie venue d'Europe), ou de se faire soigner par l'acupuncture comme par les plantes.

Moyennant quoi, les Chinois ont désormais cet avantage considérable qu'ils utilisent stratégiquement : ce pouvoir de croiser ces ressources. L'effet en est partout lisible dans les relations internationales.

Le *Quotidien du Peuple* a écrit que She Jing, Vice ministre chinois de la Santé publique et le ministre français des Affaires étrangères Philippe Douste-Blazy ont eu le 4 décembre 2006 un entretien téléphonique au cours duquel ils ont pris la décision d'accélérer les préparatifs pour la signature de l'accord de coopération sino-française sur la médecine traditionnelle chinoise.

Le Bureau d'information de l'administration d'État de la médecine traditionnelle chinoise (AEMTC) a révélé, le 6 décembre 2006, que pour renforcer la coopération officielle entre la Chine et la France dans le domaine de la médecine traditionnelle

chinoise, les gouvernements des deux pays ont décidé de signer au début de l'année prochaine un accord de coopération visant à développer cette médecine.

Cette « expansion » de la MTC ne date pas d'aujourd'hui.

Qu'en est-il en Amérique du Nord ?

Selon une enquête effectuée par *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM), en 2005, 1 400 hôpitaux américains ont utilisé les médecines complémentaires et alternatives (MCA) tel que le massage chinois (Tuina), l'acupuncture et les moxas dans le traitement médical, chiffre supérieur à celui des années précédentes.

En outre, on constate que 37 % des hospitalisés ont recouru au massage, 12 % à l'acupuncture et aux moxas ; 71 % des malades en consultation externe ont préféré le massage ; 47 % ont choisi la boxe Taiji, le yoga ou le Qigong pour se « guérir » et 39 % ont choisi l'acupuncture et les moxas.

Début décembre 2006, dans la presse québécoise, le journaliste Thomas Gervais écrit que l'association de médecine chinoise et d'acupuncture du Québec et du Canada a lancé fin novembre 2006 sa première campagne de sensibilisation et montre son désir de créer un ordre professionnel pour réglementer sa pratique dans la province.

L'acupuncture est reconnue au Canada comme en France, mais les thérapeutes de médecine chinoise, gérants de boutique d'herboristerie chinoise, justifient leur pratique en MTC et demandent la reconnaissance d'un statut légal pour la médecine traditionnelle chinoise (MTC).

Il en est de même de cette démarche en Colombie, au Mexique, en Australie. Nos amis médecins auriculothérapeutes rencontrés en octobre 2006 à Lyon, lors du Ve Symposium d'auriculothérapie et d'auriculomédecine nous l'ont confirmé.

La question que nous pouvons nous poser est : « **l'auriculothérapie sera-t-elle phagocytée par la MTC ?** »

L'auriculothérapie doit-elle rester strictement médicale ou peut-elle être utilisée par des gérants de boutique de phytothérapie ? Le reste du monde est-il prêt à accepter l'éthique de soins à la mode chinoise et est-il prêt à l'officialiser ? Cette opinion n'est pas une remise en cause du contenu de la MTC mais de la manière de la pratiquer.

La MTC est très riche de ses observations cliniques mais la médecine occidentale saura lui apporter la rigueur dans sa pratique sans perdre de vue les possibilités de diagnostic et de traitement moderne. Le Su Wen et le Ling Shu restent et resteront les livres de références de la MTC.

En ce qui concerne la rigueur, l'histoire nous enseigne qu'il y a 3 000 ans, pour être médecin de l'Empereur, on devait passer un concours. Celui qui guérissait les dix patients, devenait médecin particulier de l'Empereur. Celui qui en guérissait 8 à 9 sur dix, soignait la Cour et les proches de l'Empereur. Celui qui en guérissait 6 à 7, partait pour les provinces. Les autres étaient décapités.

Symboliquement, nos étudiants en médecine, à l'entrée de leurs études médicales, n'en sont pas loin.

Le diagnostic en auriculopuncture selon les écoles chinoises

Lorsqu'on exerce la médecine traditionnelle chinoise (MTC), on pense à une tradition médicale millénaire avec l'examen des yeux, de la langue, la prise des pouls, la pharmacopée, le Tuina (thérapie manuelle chinoise) et bien entendu un interrogatoire avec la chanson des dix questions. Ce n'est pas le cas dans la réalité de la pratique quotidienne dans les dispensaires : ils font de la thérapie de masse. Les patients bénéficient d'un traitement symptomatique et sont revus tous les jours ou deux fois par semaine. N'oubliez pas qu'ils préfèrent se soigner à l'occidentale car cela fait plus « riche ». Vous l'avez saisi, les pauvres ont accès aux soins en MTC, bien moins coûteux.

La méthode empirique

L'auriculopuncture a eu un essor important entre les années 1970 et 1985. Les médecins chinois ont colligé, répertorié les points en fonction des différents traitements cliniques. Ils ont noté, gardé ceux qui leur apparaissent « fidèles », « fiables », c'est-à-dire ceux qui répondent dans la majorité des cas au traitement. Ce sont les points qui soulagent ; ils les ont mis sur leurs cartographies (4) (fig. 2, fig. 3).

Tout cela s'est fait de façon empirique, mais malgré tout c'est une méthode qui fonctionne car elle est fondée sur l'observation et les résultats. C'est incontestable. Dans notre système d'évaluation et classification selon la Haute Autorité de Santé (HAS), on qualifie cela de « *traitement consensuel clinique reconnu comme habituellement efficace par les pairs* ».

C'est d'ailleurs le cas de l'acupuncture et de l'homéopathie en France. L'acupuncture par le biais de sa société savante (CFA) est entrain de faire valider scientifiquement sa pratique. Les médecins qui vivent en Europe et dans les pays anglo-saxons, sont entrés dans l'ère de la « médecine par les preuves », ce n'est pas encore le cas en Chine.

L'usage empirique des points et des protocoles de soins

Prenons un exemple : l'équipe du Dr Wang Zhong a appliqué un protocole pour traiter l'hypertension artérielle. Les points chinois étaient : « point d'abaissement tensionnel », « système neurovégétatif » et « sommet de l'hélix », ce point étant fait par

插图 右耳

彩图2 耳穴诊断治疗穴位图

Fig. 2 - Modèle d'oreille chinoise.

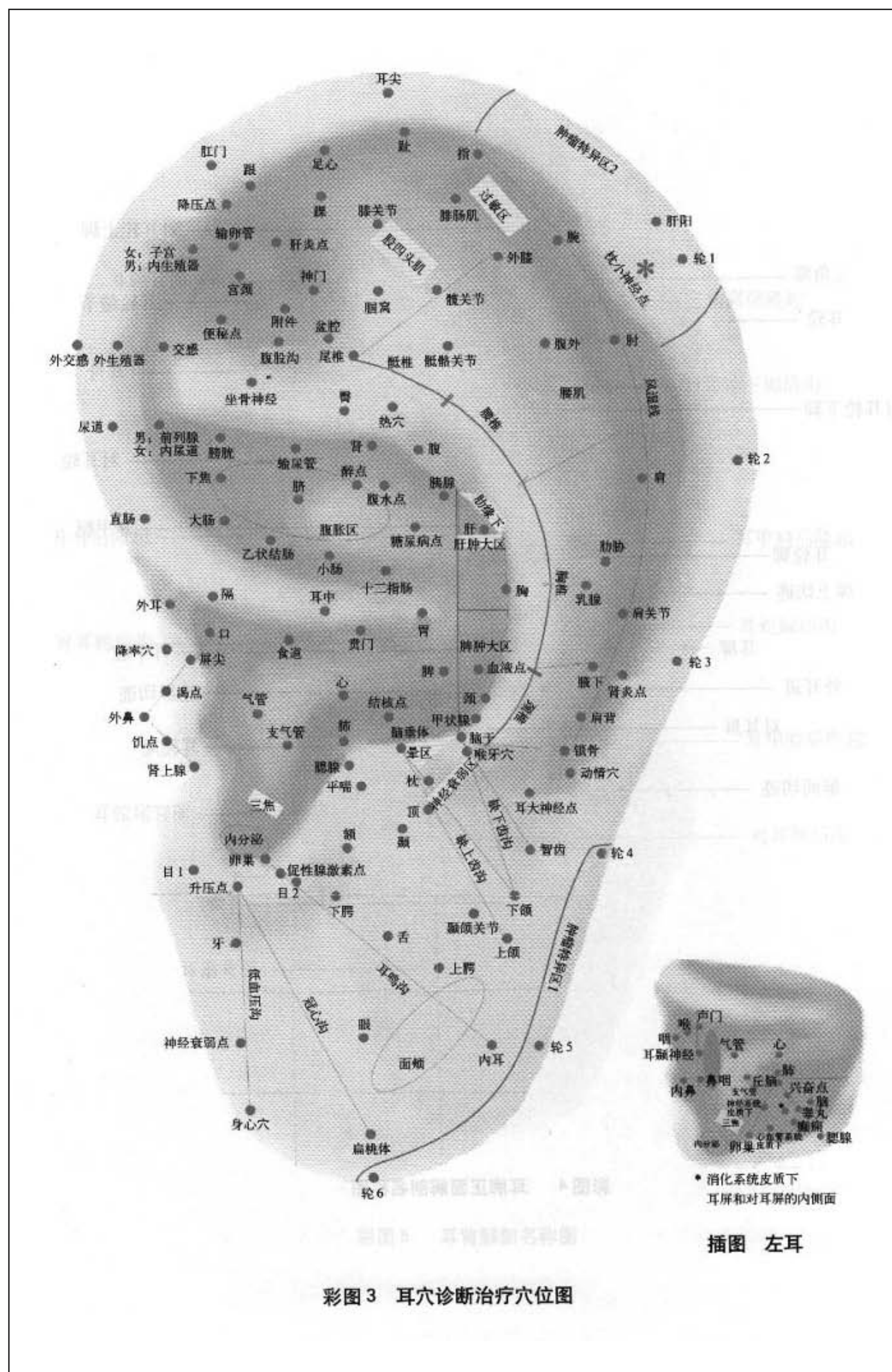


Fig. 3 - Modèle d'oreille chinoise.

saignée. Les résultats sont annoncés avec une efficacité à 80 % ; or il n'avait traité que 17 patients.

En revanche, le Dr Liu FuxinIU, acupuncteur du sanatorium de Shanxi, a traité pour la même pathologie d'hypertension artérielle plus de 100 cas. Les points principaux étaient « cœur », « foie », « point cérébral » et « abaissement tensionnel » plus d'autres points auxiliaires : « shen men » pour l'insomnie, « vésicule biliaire » et point « organe cœur » pour les palpitations. Les résultats sont efficaces dans 90 % des cas. Les écoles d'enseignement ont retenu ce dernier protocole.

Les points d'acupuncture auriculaire sont répartis sur le pavillon de l'oreille. On les appelle aussi points de réaction ou points de stimulation. Quand les organes (foie, poumon, rate), les entrailles (estomac, gros intestin, vessie), ou d'autres parties du corps (le squelette, les membres, les muscles, les tendons) sont dans un état anormal, le système neurovégétatif souffre. Des réactions pathologiques apparaissent souvent sur les parties correspondantes du pavillon de l'oreille.

Le diagnostic en auriculopuncture : l'observation des points, leur stimulation

La douleur à la pression ou l'analgésie (absence totale de sensation) des points auriculaires est un signe clinique fidèle.

La modification de la conductibilité électrique permet de diagnostiquer le point pathologique ou un fonctionnement anormal.

Les changements de forme et de pigmentation cutanée, l'apparition de nodosités, la desquamation doivent attirer notre attention (2, 3).

Les médecins chinois et/ou thérapeutes (les fameux « médecins aux pieds nus ») utilisent ces faits observables comme références pour le diagnostic des maladies. Ils stimulent ou cautérisent ces points aussi bien à titre prophylactique que pour soigner.

Le diagnostic du pavillon auriculaire consiste donc à observer le processus pathologique aux points auriculaires afin de déterminer le diagnostic et le traitement différentiel des affections.

Les méthodes du diagnostic auriculaire à la chinoise sont donc fondées sur l'observation et la stimulation des points auriculaires. À ce que nous avons pu constater, ce sont certaines règles que les acupuncteurs chinois respectent scrupuleusement.

La recherche de la douleur à la pression

Ils emploient tous la méthode de la douleur à la pression. Avec une baguette métallique, en bois ou en verre, on appuie avec une force régulière sur les points auriculaires. C'est une méthode de diagnostic fondée sur la recherche d'un point douloureux à la pression. On l'applique plutôt à l'examen des cas d'inflammation aiguë et d'algie.

La détection électrique

De nombreux types d'appareils sont produits en Chine. Cependant, le principe de fabrication reste le même : le point à basse résistance électrique est indiqué par un signal sonore. Les appareils les plus souvent employés sont le WQ – 10 DI Multiple electronic acupunctoscope et le AWQ – 104 E.

Le diagnostic reste simple, empirique et les Chinois se contentent de cette méthode. N'oublions pas que les appareils occidentaux aux normes CE dont nous pouvons bénéficier ne leur sont pas financièrement abordables (Agistim®, Diascope®, Girlase®, etc.).

Les soins par auriculopuncture pratiqués en Chine

Lorsque vous interrogez les acupuncteurs chinois sur les soins pratiqués en auriculopuncture, vous aurez deux sortes de réponses en fonction de leur type de pratique.

En cas de pratique régulière (4)

Ce premier type de réponse concerne les acupuncteurs pratiquant l'auriculopuncture dans leur quotidien. Leur réponse est simple. « *Nous soignons presque toutes les pathologies, du rhume à la coqueluche, des diarrhées à la tuberculose, des gastrites au désordre fonctionnel de l'estomac, de l'asthme aux douleurs thoraciques en passant par les troubles du rythme, hypertension et hypotension, tout ou presque en s'aidant de la pharmacopée chinoise.* »

En cas de pratique occasionnelle

Le deuxième type de réponses concerne les acupuncteurs pratiquant occasionnellement l'auriculopuncture, entre 2 à 5 % de leur pratique quotidienne. Nous avons relevé, dans la grande majorité, les traitements suivants.

Les soins aux drogués

À Hong Kong, dans le centre de secours de la Croix Rouge Nathan Road, les soins sont à 100 % pour les intoxiqués à l'héroïne ou à la cocaïne. On pratique une séance par jour de 30 à 40 minutes avec distribution de méthadone.

En Chine, il y a sûrement des drogués mais nous n'en avons pas rencontré dans les centres de soins. En principe le traitement est « radical ».

En revanche, nous avons pu constater dans la grande majorité des soins en auriculopuncture dans les affections suivantes :

– *l'obésité,* surtout chez les adolescents ;
– *l'asthme* et autres troubles respiratoires ;
– *l'hypertension artérielle* (HTA) ;
– *les douleurs de l'appareil locomoteur* surtout les douleurs des épaules, des lombes, les sciatalgies, quelques maladies rhumatismales inflammatoires telle que la polyarthrite rhumatoïde ;
– *des vertiges et insomnies* rentrant dans le cadre du syndrome dépressif. Les Chinois ne se plaignent pas de leur dépression (ce serait perdre la face) mais d'un mal de vivre avec quelques soucis tout en vous le disant avec le sourire.

À la réflexion, on se rend compte que l'acupuncture auriculaire est utilisée avec succès en Chine comme en Occident, surtout dans les pathologies douloureuses et dans les addictions, ainsi que dans le surpoids et dans l'asthme (*cf.* le chapitre sur les essais randomisés et contrôlés, ainsi que les indications de l'auriculothérapie dans le chapitre sur les soins).

Nos enquêtes se sont déroulées sur trois mois dans cinq centres à Shanghai, Pékin et Hong Kong, menées par Z.L. Ding Z. (pharmacien) et Z.Z. Qin et I. Feng (gynéco-sage-femme).

Il aurait fallu approfondir l'enquête en consultant encore plus de centres de soins et rester au moins six mois pour apporter des réponses plus exactes et précises

Que ces enquêteurs soient ici encore remerciés de leurs précieux témoignages.

Références

1. Santaro M (1974) L'acupuncture par l'oreille. Maloine, Paris
2. Nguyen J (1989) Auriculopuncture – Encycl Méd Nat (Paris, France), Acupuncture et médecine traditionnelle chinoise, II-2, 12-1989, 16 p
3. Wang Zhaohao, Lin Minghua, Chu Chichun (1991) Pratique de l'acupuncture auriculaire. You Fen, Paris
4. erxue zhiliaoxue. ISBN 7-5023-5116-7/R.1330

L'auriculothérapie dans une consultation hospitalière

Y. Meas (Tchang Chi Cheng)

Les consultations que nous connaissons, en France

Au CHU de Clermont-Ferrand

Il existe des consultations avec un pratique d'acupuncture et auriculothérapie dans le centre d'évaluation et traitement de la douleur.

Au CHU de Nîmes

Il existe un service spécifique d'acupuncture, c'est le seul intitulé comme tel en France, il est intégré dans un service de neurophysiologie et spécialisé dans la prise en charge de la douleur pelvienne et gynécologique.

Au CHU de Nantes

Il existe des consultations avec un pratique d'acupuncture et auriculothérapie avec deux axes principaux : celui des conduites addictives (comprenez dépendance) dans le centre de tabaccologie au sein du service de pneumologie et celui de la douleur dans le centre d'évaluation et traitement de la douleur.

Dans les CHU parisiens

Deux lieux de consultations nous sont connus. Notamment à l'Institut Gustave Roussy (Villejuif), qui dispose d'une consultation dans le cadre du service de cancérologie dans le cadre des soins palliatifs. Des consultations avec un pratique d'acupuncture et auriculothérapie existent à la Pitié-Salpetrière, dans un service de neurologie et d'anesthésiologie, principalement axé sur les traitements de la douleur. Bien entendu, la prise en charge globale des demandes autres telles que la gestion de stress, de l'obésité, de lutte contre le tabagisme peuvent trouver réponse.

Au CHD d'Alençon, il existe des consultations avec une pratique d'acupuncture et auriculothérapie dans l'unité d'évaluation et traitement de la douleur.

En ces centres hospitaliers que nous venons de citer, ceux qui pratiquent en leur sein sont des praticiens hospitaliers (comprenez, « titulaires ») formés à la pratique d'auriculothérapie.

Il existe d'autres CHU (centre hospitalier universitaire) ou CHD (centre hospitalier départemental) qui intègrent des praticiens attachés (comprenez « vacataires ») qui assurent des consultations d'acupuncture et/ou d'auriculothérapie mais nous n'avons pas réussi à tous les recenser.

L'importance de la douleur parmi les soins

Les syndromes douloureux constituent en France le premier motif de consultation et d'appel des médecins (pour exemple il y a six millions de consultations annuelles pour lombalgies communes). Le soulagement de la douleur figure en tête des attentes des usagers français sur l'amélioration de la qualité de vie à l'hôpital.

Le retentissement des douleurs chroniques des patients sur leur qualité de vie, leurs capacités fonctionnelles, leur insertion socio-professionnelle ainsi que les coûts directs et indirects qu'elles engendrent en font un problème de santé publique dans les pays développés.

Les pouvoirs publics français en ont pris conscience, comme en témoignent les textes réglementaires parus depuis 2001, relatifs à l'organisation des soins et de la prise en charge de la douleur chronique (1994) et à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle (1998).

En France, depuis 1998, la pluridisciplinarité est une condition impérative d'identification et de reconnaissance par les tutelles des structures de lutte contre la douleur, classées en trois niveaux de prise en charge :

- niveau I : consultations (comportant obligatoirement un neurologue ou neurochirurgien, un médecin de la douleur et un psychiatre) ;
- niveau II : unité, avec lits d'hospitalisation et plateau technique ;
- niveau III : centre d'évaluation et de traitement de la douleur, associant les niveaux précédents, l'enseignement et la recherche sur la douleur.

Le CETD du CHU de Nantes

Le Centre d'évaluation et de traitement de la douleur du centre hospitalier universitaire de Nantes est une structure de lutte contre la douleur chronique rebelle non cancéreuse de niveau III, comportant 8 lits d'hospitalisation, un plateau technique où

peuvent être réalisés des gestes techniques algologiques ainsi qu'un bloc opératoire (bloc de neurochirurgie).

Accessibilité du centre et conditions de prise en charge

Les patients sont admis au centre après un processus de sélection évaluant leurs demandes, objectifs et motivation (courrier du patient et courrier de leur médecin traitant).

Les délais de prise en charge sont assez longs (en moyenne 3 à 4 mois, sauf cas particuliers), du fait de l'importance croissante de la demande.

À l'issue des consultations se tient un staff pluridisciplinaire qui décide des modalités de suivi : une prise en charge ambulatoire peut être décidée lorsqu'un avis diagnostique et/ou thérapeutique est requis, ou lorsque le caractère relativement bénin du cas présenté le permet.

Lorsque le caractère chronique et complexe des douleurs est mis en évidence, ainsi que des notions de handicap, de retentissement socio-professionnel, psychologique et familial et une situation d'échec thérapeutique, alors une prise en charge initiale en milieu hospitalier peut être d'emblée proposée.

Les objectifs de prise en charge personnalisés sont négociés avec le patient avant son admission. C'est ce que nous souhaitons tous, mais c'est un des points faibles de notre mode de recrutement.

Une étude de motivation et de compréhension des objectifs de prise en charge est effectuée conjointement par le psychologue du centre et le cadre infirmier. Le patient est invité à visiter le centre et à faire connaissance avant son admission avec l'équipe soignante. Il reçoit un document explicitant les modalités pratiques de la prise en charge et le rôle de chaque intervenant. Cette étude a permis de révéler combien les facteurs prédictifs psychologiques sont primordiaux à la réussite de la prise en charge thérapeutique.

Abord pluridisciplinaire des douloureux chroniques

Le centre propose aux patients une confrontation diagnostique plurielle et une prise en charge médicale, fonctionnelle, psychologique, sociale et professionnelle. Les patients sont pris en charge en hospitalisation au moins cinq jours, au mieux deux semaines consécutives en hôpital de semaine (la première semaine étant consacrée à la mise en oeuvre du traitement, la seconde à son adaptation ainsi qu'à une réflexion sur la réinsertion socio-professionnelle du patient). L'ensemble des données concernant les patients hospitalisés est colligé sur un dossier unique par chacun des intervenants de l'équipe, ce qui leur permet d'être informés en temps réel des propositions thérapeutiques de chacun.

Le médecin hospitalier, algologue, examine les patients en consultation puis les prend en charge en hospitalisation lors de ses trois visites hebdomadaires, dont une pluridisciplinaire. Il coordonne l'action de l'équipe sur les bases de staffs hebdomadaires (réunion pluridisciplinaire avec le psychiatre le neurochirurgien, le médecin du travail, l'équipe soignante et médico-sociale, l'assistante sociale, la diététicienne et les psychologues).

Le neurochirurgien, spécialiste des affections rachidiennnes, se prononce sur une indication opératoire et effectue les gestes algologiques spécifiques lorsqu'ils sont jugés nécessaires (cathéters épiduraux, stimulateurs intramédullaires, chirurgie antalgique).

Le médecin thérapeute manuel-ostéopathe, auriculothérapeute et acupuncteur adapte et/ou associe ces techniques non médicamenteuses en tenant compte des traitements antérieurs et de la personnalité du patient.

Le psychiatre intervient pour porter un diagnostic psychiatrique éventuel (dépression, anxiété, atteinte psychotique, etc.), évaluer le retentissement psychologique de la maladie douloureuse, mettre en route un traitement psychotrope et/ou une approche psychothérapique.

Le médecin de pathologie professionnelle, assisté d'un interne, effectue le bilan des exercices professionnels antérieurs, des ressources actuelles, et des possibilités d'adaptation ou de reconversion professionnelle.

Le médecin conseil de la Sécurité sociale et l'assistante sociale interviennent pour conseiller les travailleurs salariés sur l'obtention ou la réévaluation d'un taux d'invalidité, aplanir un éventuel contentieux avec la Sécurité sociale ou se prononcer sur des aides sociales complémentaires.

Les deux kinésithérapeutes, à mi-temps, mettent en route les techniques antalgiques et correctives adaptées.

Les psychologues à mi-temps sont formés à la prise en charge des patients douloureux, ainsi qu'aux thérapies dites « systémiques » (hypnose et thérapie brève), ils donnent leur avis sur le comportement, l'attitude, les émotions des patients.

L'équipe soignante est recrutée pour sa motivation à travailler au Centre d'évaluation et traitement de la douleur et reçoit des formations régulières sur l'évaluation et la prise en charge des patients douloureux chroniques.

La secrétaire hospitalière, à mi-temps, accueille et conseille les patients, organise les prises en charge, tandis que la secrétaire universitaire consacre un tiers de son temps plein à l'enseignement et à la recherche sur la douleur.

Aides pour les discussions

Des outils d'évaluation tel que l'échelle visuelle analogique (EVA) de la douleur, le retentissement fonctionnel (échelle de Dallas et Eifel), la diminution des traitements morphiniques et quantification des traitements médicamenteux (MQS échelle), l'amélioration de la qualité de vie (Eifel, Dallas, SF36 et SF12), la reprise du travail et/ou des activités non professionnelles, la satisfaction de l'utilisation du système de

soins (échelle analogique), l'échelle d'évaluation d'anxiété-dépression (HAD Hamilton), le questionnaire sur les manœuvres d'évitement (FABQ), le *coping* (CSQ), etc., font partie des discussions.

Nos publications et notre place

Nous avons fait une publication au congrès de l'IASP *(International Association of Study of Pain)* à San Diego (USA) en juin 2002, ainsi qu'au congrès de la SFETD (Société française d'évaluation et de traitement de la douleur) à Lyon en novembre 2002, montrant la place et l'intérêt des thérapies alternatives et complémentaires dans la prise en charge globale des patients douloureux chroniques.

La place de l'auriculothérapie est bien intégrée dans l'arsenal thérapeutique mais aussi dans son approche évaluative et diagnostique (*cf.* chapitre sur la douleur).

Une dimension souvent négligée dans notre pratique est celle de la communication non verbale, il n'y a pas que des mots mais aussi des maux.

L'auriculothérapie permet cette approche pour certains patients. Elle se révèle parfois redoutablement efficace, car beaucoup d'autres stratégies thérapeutiques ont été essayées et mises en échec par le patient. D'une part, il faut que ce dernier adhère à la technique, d'autre part, qu'il n'ait pas trouvé d'« accroche » pour le mettre en échec.

Au-delà de l'aspect qui semble très physique de prime abord, un véritable travail de thérapie à médiation corporelle peut se faire, la communication infraverbale et corporelle trouvant ici toute sa dimension.

Adaptation de la prise en charge en fonction de la typologie du patient

Les objectifs personnalisés négociés sont définis dès la consultation de préadmission et colligés dans le dossier unique. Le contrat thérapeutique, généralement accepté oralement, peut devenir écrit lorsque la motivation du patient est douteuse et/ou lorsqu'il a changé d'équipe à plusieurs reprises.

La prise en charge tient compte des traitements antérieurs, médicamenteux et non médicamenteux, de leur efficacité, de leur tolérance et de leur vécu général.

Les outils d'évaluation de l'état psychologique du patient nous permettent d'avoir une approche des processus motivationnels et cognitifs du patient. Le CSQ (*cf.* chapitre sur la douleur) nous permet d'appréhender à l'instant présent la « méta-capacité », reflet de la souplesse *(coping flexibility)*. Cette capacité et souplesse permettraient au patient de moduler le choix des stratégies employées, c'est-à-dire que le patient devra optimiser ses capacités cognitives pour lui permettre « *d'estimer la situation et de choisir les comportements appropriés en réponse aux contingences changeantes* » (Chabrol, 2004).

En vous référant au chapitre de cet ouvrage sur l'anesthésie et la douleur, vous trouverez le complément sur la place de l'auriculothérapie dans le service d'évaluation et traitement de la douleur. En feuilletant sur les autres chapitres (traitements, terrain et obstacles, cas cliniques) vous trouverez des réponses complémentaires sur les possibilités thérapeutiques alternatives offertes par l'auriculothérapie.

L'auriculothérapie dans la douleur et l'analgésie

Y. Meas (Tchang Chi Cheng)

« C'est dans la douleur seulement que nous expérimentons la rupture de la plus naturelle des unités organiques : l'unité de notre existence personnelle et de notre existence physique. »

« Crier, gémir, se lamenter, ces naturelles manifestations de la douleur trahissent avec quelle acuité éprouvée dans la douleur, la disharmonie, l'impuissance contre la cassure entre le Moi et son existence corporelle. »

(F.J.J. Buytendijk)

La douleur est l'expression d'une lésion et/ou d'une souffrance. Il est difficile de séparer le corps de l'esprit. Le patient n'est pas un simple système sensitivo-moteur, neurovégétatif ou comportemental cognitif unique. Il est tout cela à la fois. De plus, il évolue dans un environnement professionnel et familial propre.

Intérêt des thérapies alternatives

Les thérapies alternatives suivantes : auriculothérapie, acupuncture (au sein de la médecine traditionnelle chinoise, MTC), thérapies manuelles-ostéopathie (MMO), stimulations électriques transcutanée (TENS) sont développées au CHU de Nantes.

Elles permettent et apportent une approche et une réponse complémentaires à la prise en charge de la douleur.

Elles améliorent le lien nécessaire entre thérapeutes et patients douloureux ; elles permettent à ces derniers de ne plus se soumettre à la douleur mais de la gérer.

Elles s'inscrivent, aux côtés des thérapies médicales classiques, dans une pratique d'équipe ayant un même objectif.

L'analgésie par auriculothérapie

En octobre 1989, nous avons réalisé pour la première fois en France la technique d'analgésie par auriculothérapie et auriculomédecine sans prémédication. Des analgésies par acupuncture mais avec prémédication ont été décrites par Jean Bossy dans son livre « *Analgésie acupuncturale* » (7).

Nous avons présenté différents cas cliniques d'analgésie par auriculothérapie et auriculomédecine à Lyon, la capitale de l'auriculothérapie et de l'auriculomédecine, ville carrefour de toutes les techniques de puncture auriculaire et stimulation auriculaire.

Ces techniques ont été pratiquées de 1989 à mars 2007 sur plusieurs patients pour diverses interventions chirurgicales : des crossectomies avec cryoéveinage (c'est-à-dire des strippings de varices), des lipectomies, des tumorectomies des seins, des opérations de la main (canal carpien et kyste du poignet), des interventions gynécologiques sur le col utérin, implant de stimulateur sous-thalamique. Au total, une douzaine de patients ont pu vivre cette belle aventure médicale et humaine.

Vous avez sans nul doute compris que cela ne ressemble nullement à une anesthésie chimique classique. En effet, le patient reste conscient et coopère avec l'équipe médico-chirurgicale.

L'originalité de cette pratique réside dans le fait qu'aucun des patients n'a bénéficié de prémédication anesthésique médicamenteuse. La seule préparation a été constituée de séances préopératoires d'auriculothérapie et auriculomédecine, destinées à éliminer les obstacles (points de cicatrices, points dits de phases, etc.) et à évaluer l'effet antalgique par une « répétition générale ». De plus, le protocole technique de l'analgésie et le déroulement de la technique chirurgicale ont été expliqués aux patients.

Au cours de ces séances préparatoires, différents tests d'analgésie sur les sites à opérer ont été effectués. Ces tests étaient des stimulations nociceptives (douloureuses) cutanées faites par aiguilles, pincements ou par la chaleur.

Le jour même de l'opération, le protocole démarre au minimum une demi-heure avant l'opération avec mise en place d'aiguilles et stimulation électrique à basse fréquence sur les points auriculaires. Puis le sujet est amené directement en salle d'opération où il se déplace seul et se met seul sur la table d'opération, ce qui facilite la mise en place.

Durant toute l'opération, nous contrôlons l'intensité et la fréquence de la stimulation.

Une fois le dernier point de suture posé, toutes les stimulations sont arrêtées et les aiguilles ôtées. L'effet continue pendant environ une à quatre heures après l'arrêt des stimulations, détail qui confirme le mode endorphinique (la « morphine » sécrétée par notre propre corps) de la technique utilisée.

Le deuxième point important à noter est la synergie, la passion et la symbiose qui existent entre le patient opéré, le chirurgien qui opère et le médecin qui pratique la technique de l'analgésie par auriculothérapie.

Le patient devient le centre de l'action et, de plus, il en est le principal acteur.

Cette approche par auriculothérapie et auriculo-médecine a permis de ne pas prendre de prémédication, d'avoir une cicatrisation de meilleure qualité car il n'y a pas eu d'anesthésique local injecté dans les plans tissulaires du champ opératoire. De même, on n'a pas noté les troubles du réveil habituels après une anesthésie générale. Tout cela permet également une sortie plus rapide du milieu hospitalier.

Bien entendu, ces techniques sont réservées à des patients avertis. Elles ont appliquées par des médecins formés et ayant suivi un enseignement approprié. Plus loin, nous vous apporterons quelques explications et détails techniques relatifs à ce protocole analgésique.

Au-delà de ces cas cliniques spectaculaires et exceptionnels d'analgésie, de nombreux patients souffrant de douleurs chroniques peuvent bénéficier de ces techniques d'auriculothérapie et auriculo-médecine.

Concepts et définitions sur l'approche thérapeutique de la douleur

Un certain nombre de termes, concepts et définitions n'étant pas habituellement connus, nous avons choisi de les expliquer. D'autant plus que ces termes sont aussi utilisés au chapitre « l'auriculothérapie dans une consultation hospitalière ». Ce sont :
– la notion du choix intemporel ;
– le concept d'adhérence et/ou de compliance ;
– les mises en garde de nos pratiques (information et hygiène, etc.) ;
– le *coping ;*
– la souffrance ;
– la douleur ;
– la place de l'auriculothérapie dans la prise en charge des douloureux chroniques.

Cet ouvrage ne pouvant suffire à tout vous exposer, nous avons juste la prétention de vous donner une aperçu de la prise en charge de la douleur au sein d'un service spécialisé d'évaluation et traitement de la douleur.

La douleur, phénomène subjectif

La principale caractéristique de la douleur est sa subjectivité. Deux êtres humains ayant la même pathologie, en des circonstances physiquement et biologiquement identiques, n'auront pas une perception douloureuse identique, du fait de l'intrication de nombreux facteurs qui déterminent et constituent la douleur.

La douleur est-elle bonne ou mauvaise ?

Doit-on parler de la douleur ou des douleurs ?

Autant de questions et autant d'interrogations que pose la notion de douleur et qui semblent rester sans réponse précise et claire ou du moins définissable de manière claire et facile.

Si l'on veut maîtriser et comprendre le « phénomène » douleur, il conviendra d'étudier celui-ci dans ses différentes dimensions linguistiques, philosophiques, sociologiques, anthropologiques, physiologiques, médicales, biologiques et psychologiques.

Définition de la douleur

Selon l'IASP *(International Association for the Study of Pain)* en 1994 : « *La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire présente ou potentielle ou décrite en termes évoquant une telle lésion.* »

Définition de la souffrance

Le terme « souffrance » exprime le fait de souffrir d'un point de vue physique et/ou moral (Aubert, 1996). C'est un concept plus large que celui de la douleur et qui se définit par une menace de l'intégrité physique, psychique et sociale de la personne. C'est un affect négatif plus ou moins marqué, avec des sentiments de perte et d'impuissance. Aussi, dans le cadre des soins terminaux, il est souvent fait référence au modèle de la « souffrance globale » qui englobe les douleurs physiques et morales induites par de nombreux facteurs physiques, psychologiques, sociaux, existentiels et spirituels.

Rappel du mode de fonctionnement des thérapies alternatives

La neurophysiologie et la neuroanatomie

On avance de manière consensuelle des explications neurophysiologiques et neuroanatomiques sur le fonctionnement des réflexothérapies par le rôle des systèmes d'interneurones et de *gate-control,* par l'intervention du système neurovégétatif autonome et par le CIDNO (contrôle inhibiteur diffus induit par les stimulations nociceptives).

Les travaux de Jean Bossy (5-7) et de Jacques Niboyet (19) nous ont éclairé sur ces mécanismes. Plusieurs effets sont imbriqués, dont les effets inhibiteurs (ou tout au moins dépresseurs) des fonctions sympathiques et un effet stabilisateur du système nerveux.

Le « *gate control* », théorie décrite par Melzack et Wall, tente d'expliquer l'action segmentaire de l'acupuncture et des réflexothérapies.

Au niveau suprasegmentaire et notamment auriculaire, de nombreux arguments montrent l'influence de points d'acupuncture et d'auriculothérapie sur plusieurs zones cérébrales impliquées dans la nociception, en particulier le thalamus, la formation réticulaire, le noyau raphé magnus (qui semble être la cible principale de l'analgésie acupuncturale et par auriculothérapie), l'hypothalamus, l'hypophyse, le noyau

caudé, le cortex cérébral (travaux de David Alimi, exposés au Congrès de la FAFORMEC à Nantes en 2001).

Pour ce qui est des neuromodulateurs, de nombreuses études sont actuellement en cours, suggérant la libération des facteurs neuro-humoraux dans l'analgésie acupuncturale (17).

Ce sont les systèmes sérotoninergiques et les endorphines qui occupent une place prédominante.

Par ailleurs, on note également un mécanisme décrit par Le Bars sous le nom de CIDNO (contrôle inhibiteur diffus induit par les stimulations nociceptives) : un stimulus douloureux est capable de diminuer et de masquer une douleur engendrée par un stimulus nociceptif appliqué à une autre région du corps.

Les électrostimulations antalgiques (décrites par C.F. Roques,

de Toulouse) fonctionnent selon trois modes (21) :

– **un mode conventionnel** avec une fréquence de 50 à 100 Hz et une intensité faible couvrant le territoire douloureux avec des sensations paresthésiques confortables, en stimulation homotopique sur les zones douloureuses ou sur la zone segmentaire, réalisant ainsi un contrôle porte *(gate control)* ;
– **un mode de stimulation intense et brève** associant une fréquence supérieur à 100 Hz et une intensité désagréable mais non algique qui mettrait en jeu le système GABA ;
– **un mode endorphinique** avec une fréquence de 1 à 10 Hz et une intensité élevée si possible préalgique et pouvant provoquer des contractures musculaires (selon les zones appliquées). Les sites peuvent être homotopiques mais notre équipe préfèrera les sites hétérotopiques, afin qu'il n'y ait pas de confusion possible pour le patient.

Les modes conventionnels et endorphiniques sont les plus utilisés.

L'auriculothérapie fonctionne sur ces deux modes, mais le mode endorphinique semblent être la voie de prédilection. Plusieurs observations vont dans ce sens : le posteffet assez long décrit par les patients après les analgésies lors des interventions chirurgicales, ainsi que la sédation de leur comportement lors des séances de soins.

Dimension psycho-cognitive et comportementale de la prise en charge de la douleur

La dimension anxio-dépressive

L'échelle d'Hamilton (HAD) est un questionnaire qui recoupe l'analyse du vécu du patient avec son comportement et attitude, sa qualité de vie et sa satisfaction. Nous pensions qu'au départ cette évaluation restait figée et que le phénomène de contre-

balancement (apprentissage) conduirait à une faible modification du score. Dans la réalité, il existe une variabilité.

Ce phénomène de contre-balancement a été testé au cours d'une même évaluation et consultation : au cours de la même consultation, le patient répond à deux reprises au même questionnaire présenté sous deux formes différentes.

Il va s'agir, pour le psychologue, de savoir comment le sujet évalue la situation, à quel point elle déborde les ressources et menace le bien-être du patient. Dans la littérature, Lazarus et Folkman ont dégagé trois manières d'appréhender le stress perçu : vécu comme une menace pour l'intégrité psychique et corporelle, comme une confrontation à une perte irrémédiable, ou encore appréhendé comme un défi.

Évaluation du *coping*

La définition du *coping* est la suivante : il s'agit de l'effort fait par le patient pour arrêter ou diminuer le processus de souffrance ou douloureux. La mise en place d'un questionnaire et l'observation de sa stratégie d'ajustement permettent d'observer les deux modalités d'ajustement : soit centrée sur le problème algique et sa souffrance, soit centrée sur ses émotions.

L'étude de la douleur a pris son essor ses dernières années en psychologie de la santé. Elle a été définie par Merkley *et al.* comme « *une expérience sensorielle et émotionnelle déplaisante, associée à un dommage réel ou potentiel des tissus, ou décrits en les termes d'un dommage* ».

Le médecin auriculothérapeute va donc s'intéresser à la dimension affective et émotionnelle, à la douleur exprimée dans ses rapports avec la gravité des dommages et aux modulateurs de l'intensité de la douleur.

Il le fera en considérant le comportement douloureux comme n'importe quel autre comportement répondant aux règles et principes d'apprentissage du modèle de Cosyns et Vlaeyen.

Dans la prise en charge, l'auriculothérapeute pourra proposer d'explorer cinq aspects :
– le lieu de contrôle de la douleur et les attributions ;
– les cognitions erronées ;
– les attentes thérapeutiques ;
– les facteurs émotionnels ;
– les répercussions dans la vie quotidienne.

Le *coping* est défini par Lazarus comme « *l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu* ».

Deux grands types de *coping* ont pu être relevés :

– le *coping* centré sur le problème (recherche d'informations, planification d'actions) c'est-à-dire faire des efforts cognitifs et comportementaux pour modifier la situation ;

– le *coping* centré sur l'émotion qui tente de réduire la tension émotionnelle (par évitement, distraction, résignation etc.).

Si on ajoute à ces modérateurs le fonctionnement de divers systèmes physiologiques, on peut appréhender l'activité du sujet qui joue un rôle tampon sur les issues somatiques, lesquelles correspondent à la fois à l'état de santé physique de l'individu mais aussi à son état de santé comportemental, émotionnel et cognitif (le bien-être subjectif, la qualité de vie, la satisfaction, etc.), ce qui semble essentiel pour une meilleure prise en charge du malade.

L'auriculothérapeute fait ainsi de la stratégie comportementale et de la stratégie cognitive, tout en faisant secréter l'endorphines et autres neuromédiateurs.

L'effet contenant

Il semblerait que la prise charge thérapeutique des douloureux ait un effet contenant agissant sur les scores de la dimension dépressive et de la dimension anxieuse, soit en les diminuant, soit en les maintenant.

La dimension dépressive est la première à revenir dans des valeurs normales (< à 14). Elle semble être le critère essentiel de l'amélioration de la fonction et évolue dans le même sens que l'EVA (échelle visuelle analogique) de la douleur.

La dimension anxieuse semble s'améliorer plus tardivement car sa diminution est légèrement moins franche que la dimension dépressive. Cela peut être expliqué par le fait que la diminution du facteur dépressif lève en partie l'inhibition du sujet. Il retrouve ainsi ses possibilités d'adaptation et peut ainsi faire à des stratégies actives (Rosentiel, 1983), mais les ressources nécessaires à l'action peuvent être générateur de stress anxiogène.

Selon Chabrol (2004), la dépression représente une mauvaise adaptation et l'anxiété n'est pas nécessairement inadaptée.

L'auriculothérapeute se devra de penser à contrôler les points d'adaptation au stress, clefs essentielles pour contenir les capacités adaptatives du patient face à la souffrance.

Cette compréhension du dysfonctionnement émotionnel nous a permis parfois de valoriser certaines qualités de l'anxiété, si elles permettent au patient une vigilance et un éveil utiles pour trouver des stratégies pour faire face.

Dans la stratégie d'approche et de communication avec le patient, on peut mieux appréhender et intégrer les biais cognitifs, les troubles de la personnalité tels la rigidité, l'instabilité, l'incapacité de réguler ses émotions, l'aspect « lisse » de certains patients.

La prescription du symptôme

Youenn Lajat, mon maître et ex-chef de service du CETD, m'a enseigné la technique de la prescription de symptôme, dans les cas de patients difficiles et « récalcitrants ». Cela consiste à donner une réponse thérapeutique au symptôme, mais en demandant au sujet de « réfléchir » sur ses réels objectifs en lui démontrant qu'il fait fausse route.

On lui spécifie que la réussite et la poursuite de la prise en charge nécessitera la compréhension de sa problématique et son adhésion à la stratégie thérapeutique proposée.

Cette technique de réponse thérapeutique fonctionne. Cela paraît « facile » d'apporter une réponse symptomatique à une demande symptomatique. Elle induit votre question « *Et la cause, on ne la traite pas ?* ».

Prise en charge de la douleur par auriculothérapie

Il s'agit en fait d'une proposition de plan de traitement par auriculothérapie, dans la prise en charge de la douleur d'un patient :

– **évaluer sa(ses) douleurs et souffrance :** outils EVA, verbal, cognitif et psychologique mais aussi social, professionnel, familial etc.) ;
– **vérifier ses antécédents contributifs ;**
– **estimer les différentes thérapeutiques** (médicamenteuses, fonctionnelles, chirurgicales) ;
– **informer de l'apport possible des réflexothérapies,** en particulier de notre pratique par auriculothérapie.

En cas de doute sur son adhérence à la technique d'auriculothérapie, apporter une réponse symptomatique. Ce sera soit la recherche d'un point douloureux à la pression du palpeur, soit la recherche d'un point détecté au bâtonnet blanc retrouvé au RAC, sanctionnées par la pose d'une aiguille ou le massage du point auriculaire.

Nous expliquons bien au patient que nous lui avons fait un traitement strictement symptomatique. Il jugera de son efficacité. Dès qu'il sera prêt, nous serons à sa disposition pour continuer la stratégie de soins.

En revanche, si nous avons un patient compliant ou adhérent :

– dans un premier temps, il faudra lever les obstacles, traiter les cicatrices, améliorer les transferts et stabiliser les latéralités (*cf.* chapitre Terrain et obstacles) ;
– dans un deuxième temps, vérifier ses possibilités de réponse à un traitement par auriculothérapie (selon les tests enseignés lors des cours en auriculothérapie et/ou en auriculomédecine). Au besoin, le traiter de manière *ad hoc ;*
– démarrer ensuite toute la partie relative à la recherche des étiologies (*cf.* protocole classique et se référer aux chapitres indexés). Appliquer le traitement approprié ;
– réévaluer et surtout penser à réadapter le patient (sur les points de réadaptation, poser des ASP, ou pratiquer un massage, ou projeter des fréquences par laser ou infrarouge) ;
– ne pas hésiter à réévaluer régulièrement le patient douloureux chronique. Au-delà de la démarche par auriculothérapie, il ne faut pas oublier le domaine comportemental et cognitif induits directement ou indirectement par la douleur chronique.

En revanche, la réalisation d'analgésie pour des interventions chirurgicales nous apparaît être une pratique devant rester dans un domaine restreint. Si vous souhaitez de plus amples informations, il vous sera aisé de nous contacter.

Si nous vous avons développé un chapitre aussi long sur la prise en charge de la douleur, c'est que l'adhésion du patient à la stratégie est fondamentale à la réussite de son programme thérapeutique.

Les centres de traitement de la douleur

Les centres de traitement de la douleur restent considérés par les patients, les médecins, voire les tutelles comme un « traitement de dernier recours ». Pourtant, la qualité de nos résultats pourrait dépendre d'une prise en charge plus précoce, avant les conséquences de la chronicité (Turk, 1997). Cependant les délais de prise en charge dans les structures de lutte contre la douleur restant souvent importants, une réflexion sur les filières de prise en charge avec le réseau d'intervenants libéraux et hospitaliers, paraît indispensable.

Conclusion

Nous vous proposons deux définitions :

« *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Organisation mondiale de la santé (1946).

« *La santé pour l'homme est une chose naturelle, la maladie une chose antinaturelle. Le corps en jouit aussi naturellement que le poumon jouit de l'air et l'œil de la lumière. La santé vit et croit silencieusement en l'homme en même temps que le sentiment général de la vie. La maladie, au contraire, s'introduit subitement en lui comme une étrangère, se rue à l'improviste sur l'âme effrayée et agite en elle une foule de questions. Car puisque cet ennemi inquiétant vient du dehors, qui l'a envoyé ? Se maintiendra-t-il, se retire-t-il? Peut-on le conjurer, l'implorer ou le maîtriser ?* » Stefan Sweig.

Références

1. Borsarello J (1981) Manuel clinique d'acupuncture traditionnelle. Masson, Paris : 60-9: 88-92
2. Borsarello J (1981) Abrégé d'acupuncture. Masson, Paris (p. 36-48, p 69-73)
3. Borsarello J (1981) Les pouls en médecine chinoise. Masson, Paris (p 20-3, p. 52)
4. Borsarello J (1984) Dictionnaire de médecine chinoise traditionnelle. Masson, Paris (p 150-2, p 156-61, p 187)

5. Bossy J, Guevin F, Yasui H (1990) Nosologie traditionnelle chinoise et acupuncture. Masson, Paris (p 35-7)
6. Bossy J, Lafont JL, Maurel JC (1980) Sémiologie en acupuncture. Doin, Paris
7. Bossy J, Roccia L (1982) Analgésie acupuncturale. Masson, Paris (p 18-28)
8. Boureau F, Willer JC (1990) La douleur - Exploration, traitement par Neurostimulation électroacupuncture. Masson, Paris (p 2-49)
9. Campbell JN, Taub A (1973) Local Analgesia by percutaneous electrical stimulation. A peripheral mechanism. Arch Neuro, Chicago 1973 (p 28)
10. Chamfrault A (1969) Traité de médecine chinoise. L'énergétique en médecine chinoise. Imprimerie de la Charente, Angoulême (p 77-80)
11. Gaurier T (1976) Kinésithérapie et tradition médicale chinoise. Maisonneuve, Moulins-lès-Metz (p 93-6)
12. Gaurier T. Bioclimatologie en acupuncture. Revue Méridiens, Paris. n° 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56
13. Gaurier T (1980) Computer d'ouverture des points chinois en fonction des Kan et des Che. Maisonneuve, Moulins-lès-Metz
14. Kespi JM (1985) Le système de communication. Revue Française d'Acupuncture n° 6 (p 17-23), Paris
15. Kespi JM (1988) Les viscères. Revue Française d'Acupuncture n° 15 (p 8-12), Paris
16. Mc Lenan H, Gilfillan K, Heap Y (1977) Some pharmacological observations of the analgesia induced by acupuncture in rabbits. Revue Pain 1977 (p 3, p 229)
17. Mayer DJ, Price DD, Raffil A (1977) Antagonism of acupuncture analgesia in man by the narcotic antagonist Naloxone. Brain Research 1977 (p 121)
18. N'Guyen Van Nghi (1977) Pathogénie et pathologie énergétique en médecine chinoise. Imprimerie Typo-offset Don Bosco, Marseille (p 550-361, 362-4)
19. Niboyet JEH (1963) La moindre résistance à l'électricité des surfaces punctiformes et de trajets cutanés concordant avec les points et méridiens, base de l'acupuncture. Thèse de Sciences, Marseille 1963
20. Pieron H (1975) Le problème psychophysiologique de la douleur. Masson, Paris (p 30)
21. Roques CF (2000) Électrothérapie antalgique. Douleur et médecine physique et de réadaptation. Masson, Paris (p 239-46)
22. Roustan C (1984) Traité d'acupuncture. Masson, Paris. Tome III (p 386-7)
23. Mussat M (1979) Commentaires du Nan King. Masson, Paris (p 1)
24. SuWen Trad. Albert Husson (1982) Association scientifique des médecins acupuncteurs de France, Paris
25. Tuina (1985) Traité de tuinologie. Académie de médecine traditionnelle chinoise, Shanghai
26. Brissot R Cours du DIU de médecine manuelle – Ostéopathie. Faculté de médecine de Rennes
27. Brissot R Cours du DIU de posturologie clinique. Faculté de médecine de Rennes
28. Prat Pradal D (2002) Neurophysiologie et action de l'acupuncture et de la médecine manuelle-ostéopathie. Congrès du GEMO Bretagne – Pays-de-la-Loire, octobre 2002
29. Meas Y (2002) Thérapies manuelles chinoises et Tuina. Congrès du GEMO Bretagne – Pays-de-la-Loire, octobre 2002
30. Lajat Y (2002, 2004, 2006) Cours à la capacité d'évaluation et traitement de la douleur. Faculté de médecine de Nantes

Syndromes douloureux posturaux et auriculothérapie

Y. Meas (Tchang Chi Cheng)

Pour effectuer un mouvement, aussi simple soit-il, nous n'utilisons pas qu'un seul muscle mais un groupe de muscles intégrés dans une chaîne musculaire synergique.

Sur le plan neurophysiologique, la contraction d'un muscle est complexe et s'accompagne de commande sur les groupes musculaires en amont et en aval, mais également sur les muscles antagonistes.

Comme propose Pierre Rabischong, la commande cérébrale n'est pas simplement une action d'un groupe musculaire mais aussi une commande d'une fonction et les muscles agonistes et antagonistes fonctionnent en synergie (remplaçant la notion de chaînes musculaires).

Le mouvement s'intègre dans un système posturologique dans le mouvement de la vie.

La posturologie est l'étude des mouvements d'un sujet dans l'espace, des processus de régulation lui permettant de contrôler, dans un environnement donné, la station debout, la marche, voire l'ensemble de ses activités quotidiennes.

L'homme et son évolution

Au cours de son évolution phylogénique et ontogénique, l'homme est passé de la position quadripède à la station bipède en réalisant un redressement, une inversion des courbures du rachis cervical, dorsal et lombaire, nécessitant un apprentissage de la station verticale, une optimisation du répertoire moteur et des différentes tactiques de régulation qui seront matures vers l'âge de 12 ans.

La posture est sous-tendue par deux systèmes de fonctionnement.

Un système antigravitationnel

Il permet de « repousser » le sol (rôle majeur du réflexe tonique postural) et de se maintenir debout. Cette lutte contre la gravité est assurée par : le squelette osseux, les fascias, la musculature posturale des paravertébraux (surtout les transversaires épineux). Son fonctionnement met en jeu : la proprioception fine, la vigilance tonique, nécessite une liberté des mouvements de l'axe et des appuis.

Un système d'autoagrandissement

C'est une véritable dynamique de la posture debout permettant « l'allongement » de la colonne vertébrale (notion de chaînes musculaires).

Le maintien de la position verticale chez l'homme est fragile, expliquant les fréquentes dysfonctions favorisées par des mécanismes d'évitement, d'adaptation à une nociception.

Chacun a sa propre signature posturale.

Le système postural

Sujet normal

Chez le sujet normal, le système postural est d'une extrême finesse, la surface au sol de la projection du centre de gravité décrite par un sujet en posture dite statique ne dépasse pas 200 mm^2, ce qui revient à dire qu'un sujet immobile se comporte comme un pendule inversé oscillant autour d'un axe de 4° (au cours d'un examen de 1 min, le sujet étant concentré sur le maintien de la station érigée immobile) (fig. 1).

Pour maintenir une posture, nous faisons appel à un système complexe mettant en jeu des capteurs d'informations : (peau, muscles, articulations, œil, pied, appareil manducateur, système vestibulaire et labyrinthique, etc.). Ces informations sont transmises, décodées au niveau de centres neurologiques pour informer les effecteurs. Le principal est l'entrée oculaire car la vision permet la reconnaissance, l'intégration visuospatiale et, *via* la mémoire de travail et la cognition, une adaptation appropriée peut se faire.

Cette régulation est en grande partie automatique, soutenue par notre cerveau primitif (système limbique). C'est une organisation complexe à multiples entrées et multiples réponses, multiplexée et multimodale.

Dans le contrôle du maintien d'une position

L'activité posturale est gouvernée par le système extrapyramidal (régissant au niveau musculaire principalement les extenseurs) par les voies réflexes mettant en jeu le réflexe myotatique.

On notera le rôle des émotions, de l'éveil qui est important.

La coordination avec la motricité volontaire qui se fait grâce au cervelet.

Cette activité posturale est un carrefour entre :

– les voies motrices ;
– les voies intéroceptives : la proprioception dans son ensemble (voûte plantaire, cou), labyrinthiques (oreille interne) avec « réflexe tonique labyrinthique » ;

Fig. 1 - L'équilibre correspond à la projection du centre de gravité dans le polygone de sustentation.

– les voies sensorielles (extéroception) : l'audition, la vision (capteur majeur dans l'équilibration et le maintien de la posture).

L'étude de l'ensemble de ces systèmes : capteurs, système nerveux central, effecteurs, etc. (fig. 2) nous permet de réaliser une prise en charge thérapeutique adaptée avec un résultat plus durable dans le temps. C'est un véritable jeu de piste !

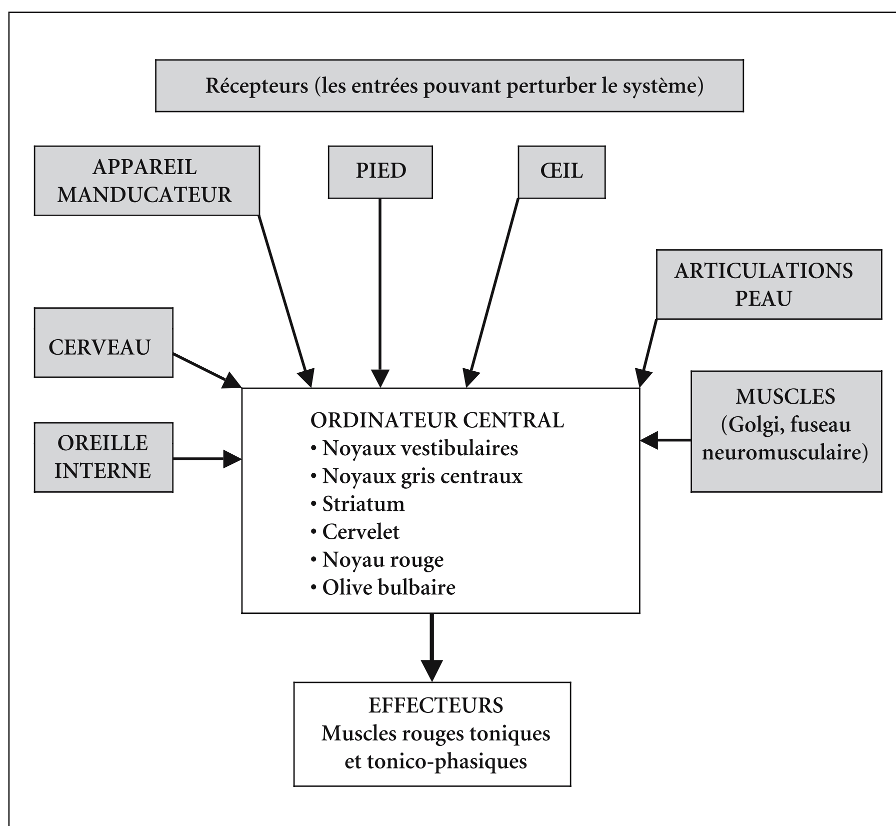


Fig. 2 - Schéma cybernétique de la régulation posturale.

L'équilibre postural

Nous ne parlerons pas de posture normale ou de posture pathologique, nous définirons un équilibre postural idéal de référence et des déséquilibres posturaux. Sans syndrome douloureux, nous ne traiterons pas systématiquement un déséquilibre postural.

L'auriculothérapeute va trouver toutes les raisons pour s'impliquer dans cette discipline de posturologie et/ou dans la médecine manuelle-ostéopathie. De la neurophysiologie, de la douleur, de la cognition et l'intégration, des obstacles tant mécaniques et cicatriciels, que des raisons pour mettre à profit son expertise diagnostique et thérapeutique.

Le diagnostic d'anomalies posturales nécessite un recours à une posture de référence, l'alignement idéal doit être fondé sur des principes scientifiques cohérents, il s'agit d'une posture nécessitant le moins d'effort et de contrainte possible favorisant une efficacité corporelle maximale.

La ligne de référence est matérialisée avec un fil à plomb, ce qui nous permet de prendre des repères bien précis (fig. 3).

De profil, passage de l'axe vertical par : le vertex, l'apophyse odontoïde de l'axis, le corps vertébral de L3, l'aplomb de l'articulation calcanéo-cuboïdienne.

Calcul des flèches : occipitale 0 à 2 cm, cervicale 4 à 6 cm (C3), dorsale 0 cm (T7), lombaire 4 cm (L3), sacré 0 cm (S1).

De face et de dos : observation des lignes horizontales, statique des ceintures scapulaire et pelvienne, équilibre de la tête, équilibre des membres inférieurs.

Horizontale : orientation des ceintures scapulaire et pelvienne.

Différents déséquilibres posturaux

Nous pouvons maintenant définir plusieurs types de déséquilibres posturaux.

Les postures racontent l'histoire des individus. Liées de façon étroite à la morphologie, à l'héritage corporel (intégration gestuelle et posturale par mimétisme), aux activités sportives et professionnelles antérieures aux comportements, à l'histoire psychoaffective. Les tendances posturales individuelles se traduisent dans et par « l'équilibre », très personnel, des tonicités des différents muscles qui déterminent l'attitude de base de chacun.

Ses conséquences

Le déséquilibre postural peut engendrer des contraintes articulaires, des souffrances et une usure des cartilages, des douleurs du dos et des articulations, des tensions musculaires, souffrances tendineuses, des claquages, des tendinites, un mauvais rendement sportif, une asthénie, une tendance dépressive réactionnelle par la perte progressive d'autonomie, etc.

Les points d'adaptation en auriculothérapie sont primordiaux, tout comme le traitement des cicatrices et des autres obstacles.

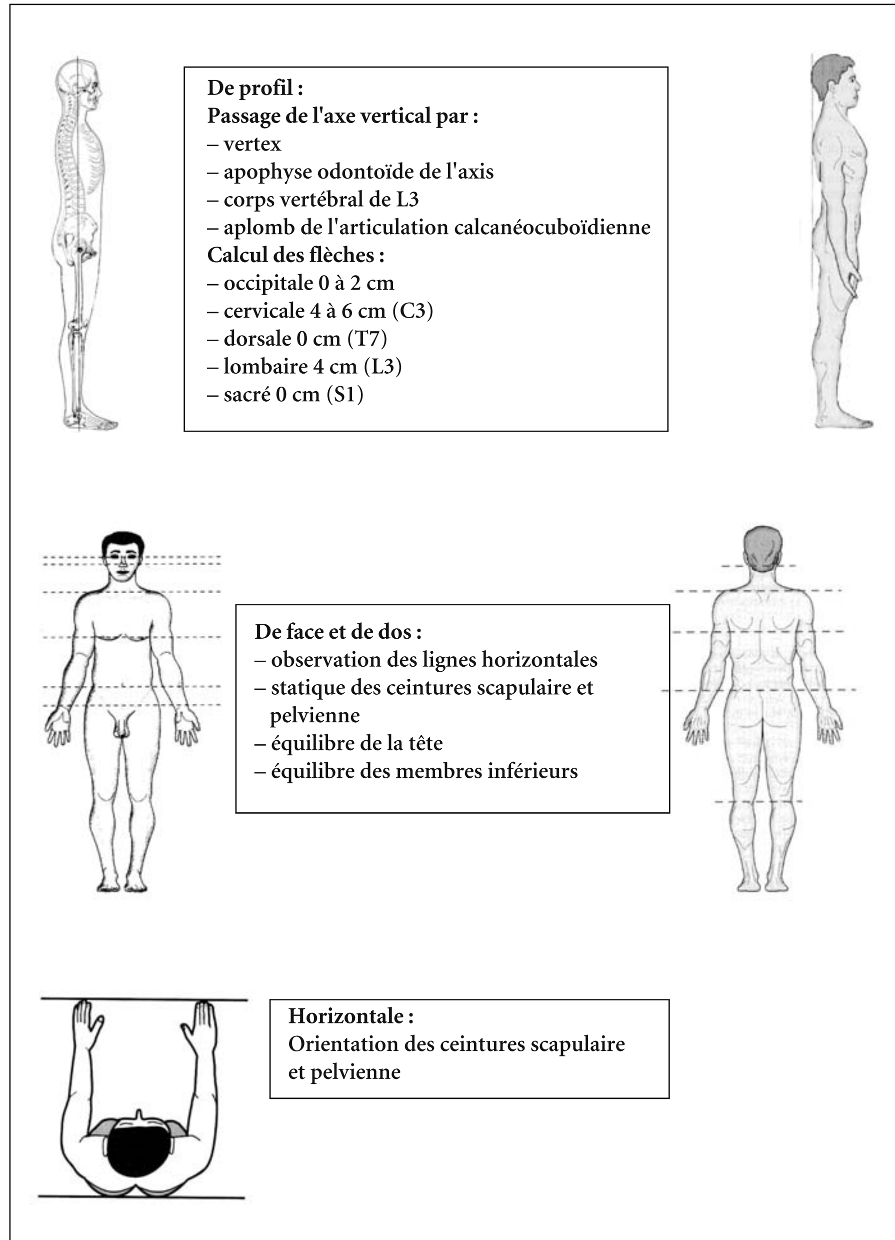


Fig. 3 - Références posturales.

Approche diagnostique

Pour aboutir à un diagnostic final de trouble postural, le patient doit réaliser un bilan de tous les capteurs intervenant dans le mode de régulation, d'où l'avantage d'avoir à sa disposition un plateau technique permettant de réunir dans une même unité de temps et de lieu tous les acteurs du bilan postural : médecin, ostéopathe, podologue, orthoptiste, dentiste.

Nous pouvons explorer par différents tests spécifiques tous les capteurs et dépister les informations perturbatrices du système de régulation (fig. 4).

Une synthèse avec une conduite à tenir peut alors être proposée au patient.

Toute agression est automatiquement compensée par des mécanismes destinés à limiter voire supprimer cette agression.

Tout traitement d'une lésion doit remonter des symptômes à la cause (où aux causes) et le traitement de ces causes se fera avec des ordres de priorité.

Au final, le traitement doit être le plus global possible, une approche multidisciplinaire et interactive est souvent indispensable.

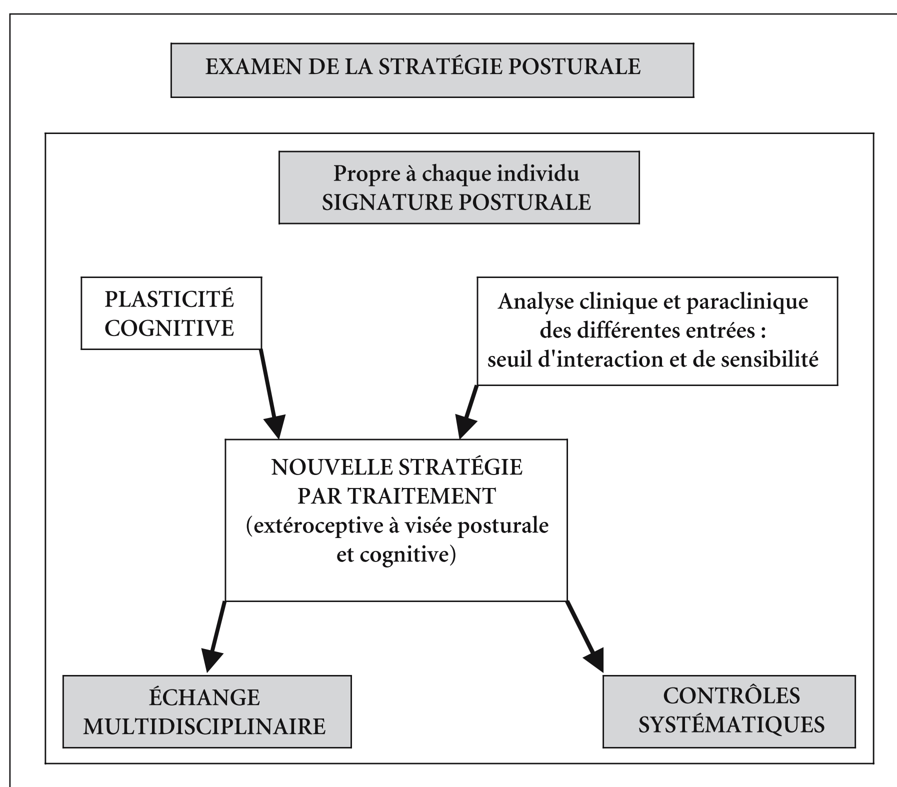


Fig. 4 - Stratégie posturale.

L'apport de l'auriculothérapie et auriculomédecine dans le diagnostic des lésions primaires et secondaires est un aspect intéressant pour trouver solutions dans les cas complexes. Les auriculothérapeutes experts dans cette discipline de posturologie comme Bernard Bricot, Michel Marignan, Yunnat et Yunsan Meas et Georges Willem vous confirmeront toute l'importance de l'auriculothérapie dans cette prise en charge globale.

Observation clinique

M.C. âgée de 50 ans, laborantine, au chômage depuis 4 ans.

Depuis 10 ans, elle présente des douleurs progressivement invalidantes du rachis cervico-dorso-lombaire avec de fréquentes céphalées fronto-occipitales en casque et multiplie les arrêts de travail jusqu'à la perte de son emploi.

Les bilans radiologiques et biologiques sont dans les limites de la normale.

Sans diagnostic précis, la prise en charge réalisée (avant notre prise en charge) associait une semelle orthopédique de compensation pour « une jambe courte », des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), des antalgiques de palier I (paracétamol 1 g) à la demande, un corset en coutil, un antidépresseur (paroxétine) pour un syndrome anxio-dépressif réactionnel, etc.

Sans résultats probants, la patiente limite de plus en plus son activité quotidienne (ne sort plus promener son chien, réduit au strict minimum ses courses et son ménage) et commence son syndrome de déconditionnement.

Notre bilan posturologique et ostéopathique a permis de mettre en évidence (après avoir réalisé un examen clinique médical complet éliminant une pathologie organique) : une dysfonction de son système de régulation posturale.

L'analyse de la silhouette montre un port de tête penchée sur le côté droit.

La verticale de Barré nous oriente vers une pathologie descendante.

Le test de Fukuda (test de piétinement) révèle une hypertonie gauche, confirmée par les différents tests posturologiques (tests des pouces montants ou tests de Bassani ou tests de Piedallu).

L'examen global ostéopathique montre une fausse jambe courte par contracture du carré des lombes homolatéral (rentrant dans le cadre des contractures des chaînes musculaires adaptatives). Le bilan podologique est normal.

Le bilan orthoptique révèle un trouble de la convergence important associé à une exophorie.

Stratégie thérapeutique proposée

Temps d'évaluation :

- de sa douleur par l'échelle visuelle analogique (dans ce cas, elle était cotée à 7 sur 10) ;
- de son incapacité par échelle d'Eifel quantifiant l'importance de l'impact fonctionnel et estimé à 8 sur 10 car considérée comme invalidante ;

– de ses céphalées qui s'avèrent être une réelle céphalée de tension liée à la tension occipitale et du complexe de la ceinture scapulaire, car la verticale de Barré confirme la pathologie descendante ;
– de son traitement médicamenteux qui montre une patiente peu compliante et aussi un traitement antalgique mal adapté ;
– en auriculothérapie, on retrouve les problèmes de cicatrices dentaires et répercussion et fuites d'énergie accompagnée de tension des trapèzes et blocage de la 1re côte gauche. En auriculomédecine, on confirme également que la lésion primitive est cervicale, mais de plus, on retrouve des pathologies psychologiques lié à un vécu difficile de femme divorcée ayant élevé seule ses enfants et ayant subi des sévices par son père.

Temps thérapeutique

La conduite à tenir proposée par l'équipe a consisté :
– à supprimer la semelle de compensation ;
– à délivrer un traitement global ostéopathique libérant toutes les chaînes musculaires, en faisant en complément des techniques myotensives de son carré des lombes ;
– un programme de réadaptation à l'effort ;
– une rééducation orthoptique à poursuivre ;
– en auriculothérapie : un traitement des cicatrices dentaires, déblocage 1re côte, puncture PCS homolatéral, point d'adaptation (épiphyse 1 retrouvé) en lui redemandant de réétayer par poursuites de séances d'auriculothérapie pour débloquer les « cicatrices psychoaffectives » et de pourvoir l'aider à gérer sa reprise et son reconditionnement à l'effort (fig. 5).

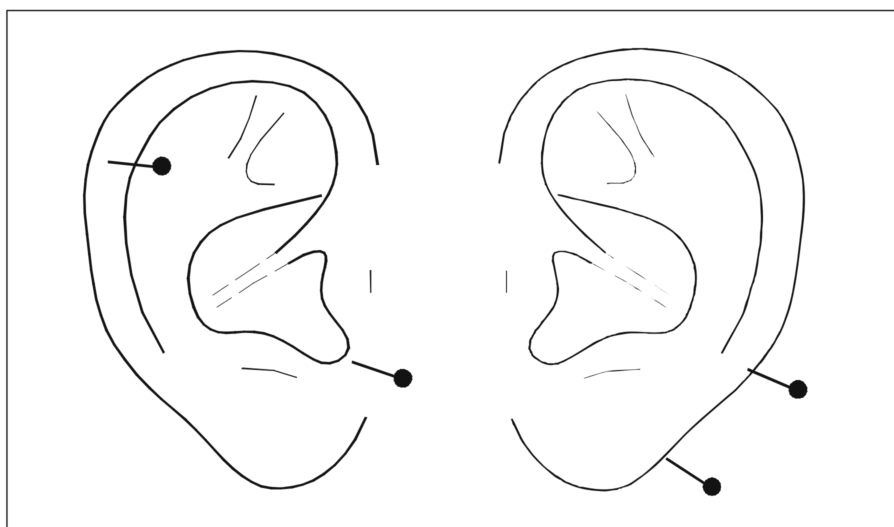


Fig. 5 - Traitement auriculaire chez une personne présentant des douleurs invalidantes du rachis cervico-dorso-lombaire.

En quelques séances, on constate une reprise d'activités quotidiennes abandonnées, une reprise de loisirs (vélo, marche), une diminution des prises médicamenteuses et du port du corset, etc.

Références

1. Chantepie A, Perot JF, Toussirot P (2005) Concept ostéopathique de la posture. Maloine, Toulouse
2. Bricot B (2000) La reprogrammation posturale globale. Sauramps Médical, Montpellier
3. Brissot R (2005-2006) Cours DIU de posturologie clinique. Faculté de médecine de Rennes 1
4. Castaigne A, Lejonc JL, Schaeffer A (1981) Sémiologie médicale (initiation à la physiopathologie). Sandoz Éditions, Rueil-Malmaison
5. Croibier A (2005) Diagnostic ostéopathique général. Elsevier, Paris
6. Gagey PM, Weber B (2005) Posturologie – Régulation et dérèglements de la station debout. Masson, Issy-les-Moulineaux
7. Hoppenfeld S (2000) Examen clinique des membres et du rachis. Masson, Paris
8. Kapandji IA (2000) Physiologie articulaire. Maloine, Paris
9. Kendall FP, McCreary KE, Geise-Provance P (2003) Les muscles. Pradel, Rueil-Malmaison
10. Lajat Y (2004-2005) Cours à la capacité d'évaluation et traitement de la douleur. Faculté de médecine de Nantes
11. Frank H, Netter MD (1994) Atlas d'anatomie humaine. Icon Learning Systems, Zurich
12. Servant-Laval A (2003-2004) Anatomie fonctionnelle-psychomotricité 2e année. Université Paris VI Pierre et Marie Curie, Faculté de médecine Pitié-Salpetrière, Paris
13. Travell, Simons (1993) Douleurs et troubles fonctionnels myofasciaux. Tomes 1 et 2. Haug, Bruxelles
14. Willem G (2004) Manuel de posturologie. Éditions Frison-Roche, Gap
15. Marignan M Introduction à l'étude du système tonique postural. Association Orion, www.citeweb.net/posture

Cas cliniques divers

Y. Rouxeville

Nous proposons des schémas, des programmes réalisables à l'aiguille simple, pour un certain nombre de situations courantes, en des cas plus ou moins simples.

Les points et zones proposés le sont en raison de leur efficacité habituelle. Utiliser un tel programme permet d'espérer un résultat favorable, ne serait-ce qu'une fois sur deux.

Au cas où une séance ait un effet bénéfique, on pourra poser aux points jugés les plus importants des aiguilles semi-permanentes (ASP) lors des séances suivantes.

Tous les points et zones présentés ne sont pas à traiter obligatoirement au cours de la séance. La sélection des points se fera par le contrôle des points anormaux au moyen des techniques de détection proposées :

– recherche du point douloureux à la pression ;
– recherche de baisse de résistance ponctuelle ;
– déclenchement du RAC après éclairage du point par lumières ou fréquences ;
– déclenchement du RAC après l'approche du bâtonnet noir-blanc.

Ces mesures seront faites par le praticien, en fonction de sa sensibilité, selon son expérience, à l'aide du matériel dont il dispose. Les points détectés peuvent être contrôlés de façon croisée par plusieurs types de détection.

Ces conseils de soins doivent être compris comme des repères, et non pas comme un cours de thérapeutique. Il est possible de les associer à tous autres soins dont :

– l'acupuncture somatique ;
– la médecine manuelle-ostéopathie ;
– les techniques de psychothérapie ;
– les médicaments (à dose pondérale ou à dose homéopathique).

Lorsque divers soins sont pratiqués en étant indiqués, l'expérience montre qu'ils se potentialisent, que généralement l'effet des uns amplifie l'effet des autres.

Ces soins de base, simples à effectuer, sont une base et non pas la totalité de ce que l'on peut proposer en auriculothérapie. En cas d'échec, on pourra toujours songer à lever les obstacles, à rechercher les points de phases, ou à analyser de façon détaillée par les fréquences de Nogier. Il s'agit d'un perfectionnement, hors du cadre de cet ouvrage.

Les thérapeutiques sont effectuées après un diagnostic. L'auriculothérapie, étant une thérapeutique, sera donc appliquée à la suite d'un diagnostic. En cas d'échec, on pourra réévaluer le diagnostic, les interférences et les soins à appliquer.

Enfin, l'auriculothérapie ne prétend pas pouvoir traiter toutes les pathologies. En cas de doute, en cas d'échec et dans les cas complexes, on n'hésitera pas à demander l'avis de spécialistes ou de collègues plus compétents.

NB. Tous les conseils sont proposés pour un droitier. Chez les vrais gauchers, on transposera à l'oreille gauche ce qui est mentionné à droite et inversement !

Le tableau I présente les codes des traitements effectués.

On contrôle les points et/ou les zones conseillés. On ne les traite que si le contrôle est positif (douleur à la pression, détection électrique, projection ponctuelle de couleur, projection ponctuelle de fréquence).

Tableau I - Codes des traitements effectués.

Soins conseillé	Aiguille	Aiguille semi-permanente	Massage
Pictogramme	●——	○	◀——▶

Auriculothérapie et relaxation

Aide à la relaxation (fig. 1)

Premier choix de points : quatre points : zéro et zéro prime, à droite et à gauche.

Cas clinique : une jeune femme, un peu immature, consulte en déclarant se trouver anxieuse. Elle accepte timidement de faire un essai. Les quatre aiguilles sont posées, et la personne va se reposer dans une pièce voisine. Quinze minutes après, au moment de retirer les aiguilles, elle déclare spontanément : « *Je me sens détendue. C'est très agréable.* »

Second choix de points pour l'aide à la relaxation (fig. 2)

L'essentiel : il comporte quatre points à la seule oreille droite du droitier : zéro, zéro prime, maître sensoriel, Chen Men, d'où son nom « la croix de relaxation ». D'action moins rapide, il nécessite de bien connaître la latéralité du malade.

Cas clinique : un cadre d'entreprise doit subir un audit dans les 48 heures. Il redoute cette échéance, n'a aucun symptôme d'anxiété, mais souhaite faire la meilleure impression. Dès le lendemain, il se sent moins préoccupé. Tout se passera bien.

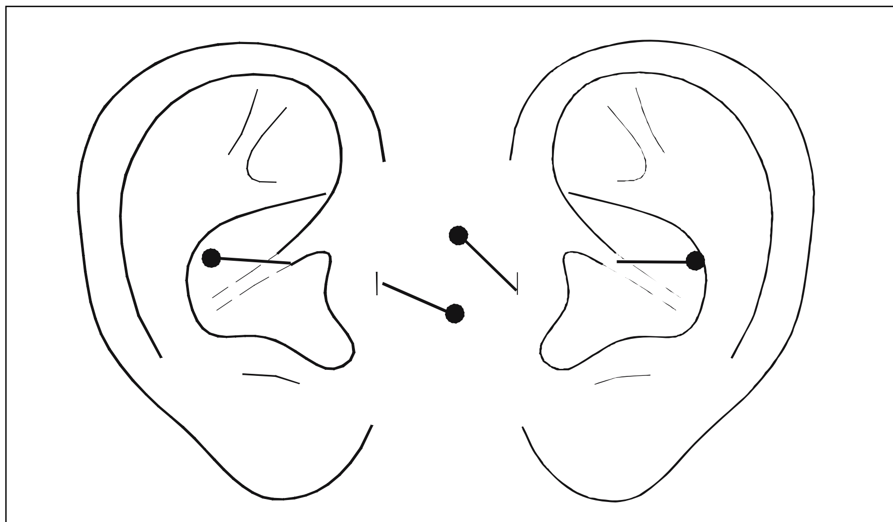


Fig. 1 - Premier choix de points pour aide à la relaxation.

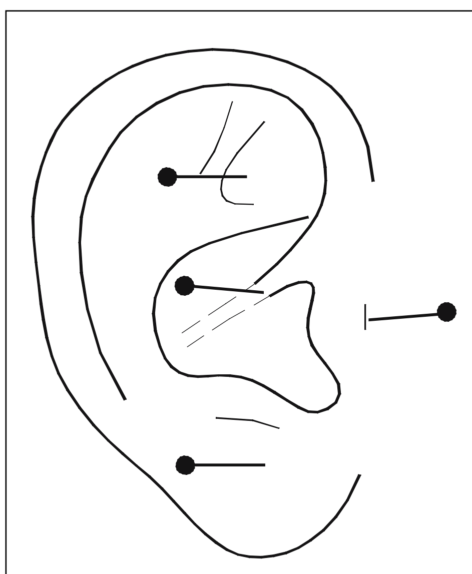


Fig. 2 - Second choix de points pour aide à la relaxation.

Trois mois après, il se présente dans la même situation, avec deux audits prévus à trois jours d'intervalle. Cette fois, on pose quatre aiguilles semi-permanentes.

Auriculothérapie et anxiété

Sujet anxieux (fig. 3)

Choix de points : chez un droitier, on proposera en première intention cinq points : zéro à droite et à gauche, zéro prime à droite, épiphyse 1 à droite, peur à droite. Dans un cas simple, un effet bénéfique est à prévoir dans les 48 heures.

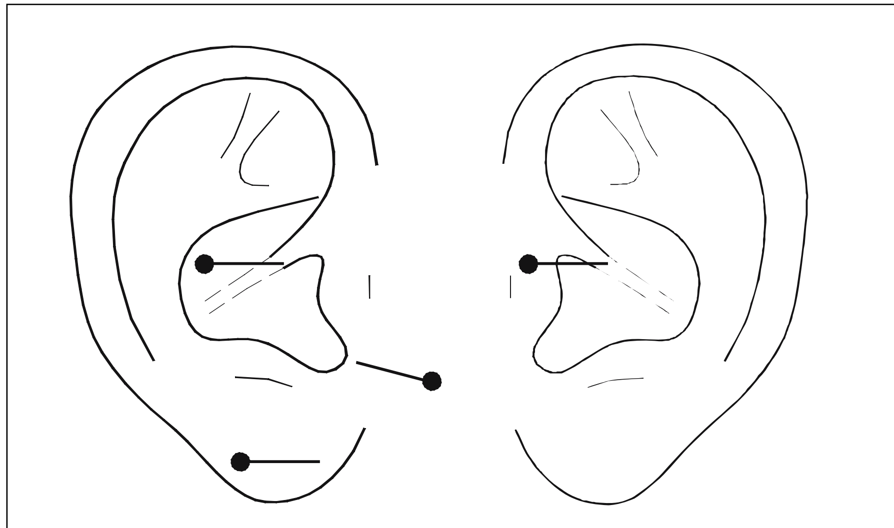


Fig. 3 - Choix de points chez un sujet anxieux.

Contrôle et détection : pression ponctuelle douloureuse, détection électrique, lumière blanche, bâtonnet blanc.

Cas clinique : une mère de famille est tracassée, une crainte justifiée car son père présente une récente altération de l'état général et doit subir un examen endoscopique. C'est une fille unique.

On découvre à l'examen auriculaire les cinq points, sensibles au palpeur à pression à mi-course ; ils sont tous piqués. On associe à la séance une prescription de phytothérapie, en disant de se montrer confiante pour ne pas inquiéter inutilement ses parents. Deux semaines après, elle revient satisfaite, pour une nouvelle séance (ASP sur zéro prime et point de peur).

Trac, peur de l'examen (fig. 4)

Choix de points : on choisira parmi huit points : angoisse à droite et à gauche, zéro prime à droite, épiphyse 1 à droite, agressivité à droite, peur à droite et à gauche.

Contrôle et détection : pression ponctuelle douloureuse, détection électrique, lumière blanche, bâtonnet blanc, détecteur lumineux (rouge 24), détecteur fréquentiel (fréquences D et/ou G, fréquences FH et FB).

Cas clinique : un étudiant craint l'examen du permis de conduire, auquel il a échoué il y a trois mois. L'examen aura lieu dans trois jours. Le candidat dit ressentir une gêne à l'estomac, avoir la bouche sèche et un certain manque de vigilance.

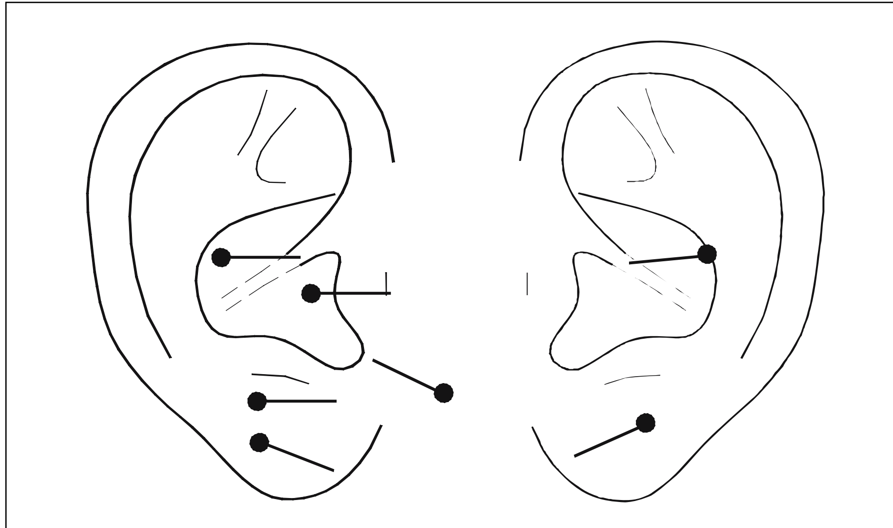


Fig. 4 - Choix de points dans le trac, la peur de l'examen.

L'examen auriculaire découvre six points douloureux au palpeur à pression (angoisse à droite, zéro prime à droite, épiphyse 1 à droite, peur à droite et à gauche). Ils sont tous piqués. En complément, on prescrit les deux remèdes homéopathiques indiqués, et l'on apporte un conseil de relaxation simple à effectuer matin et soir. Le candidat se présentera à l'examen sans crainte particulière, et sans comportement négatif. Tout se passera bien !

En cas d'échec : contrôler le tragus et la zone du système limbique (à droite et à gauche), les points d'adaptation. Obstacles (1re côte).

Épisode dépressif réactionnel simple (fig. 5)

Choix de points : on choisira parmi différents points : angoisse à droite et à gauche, zéro prime à droite et à gauche, maître sensoriel à droite, épiphyse 1 à droite, hypothalamus à droite et à gauche, ACTH à gauche.

Contrôle et détection : pression ponctuelle douloureuse, détection électrique, lumière blanche, bâtonnet blanc, détecteur lumineux (rouge 24), détecteur fréquentiel (fréquences D et/ou G, fréquences FH et FB).

Cas clinique : une jeune femme consulte pour un état dépressif récent lié à la séparation du couple après deux ans de vie commune. Elle est triste et abattue, avec une baisse de la qualité du sommeil. Elle ne souhaite pas d'anxiolytiques.

Parmi ces neuf points indiqués à l'oreille, on découvre cinq points réagissant à la projection de la couleur rouge 24 et contrôlés par détection électrique : zéro à droite,

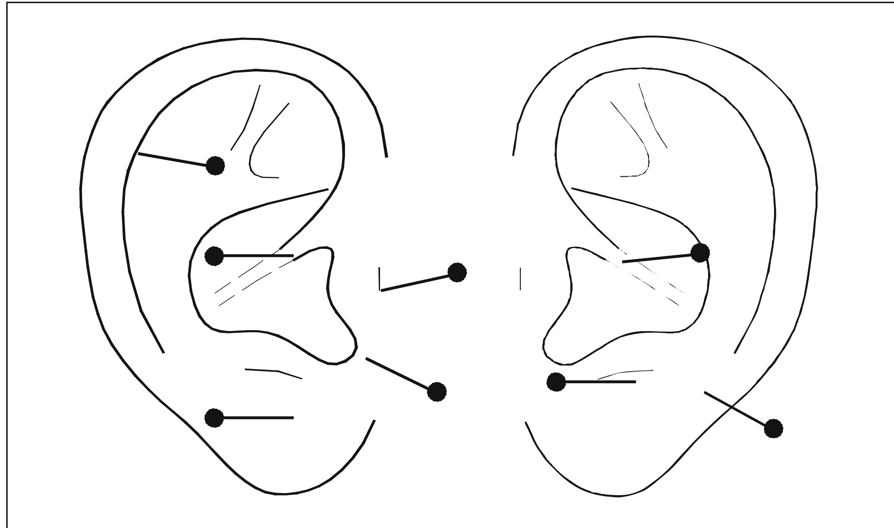


Fig. 5 - Choix de points dans un épisode dépressif réactionnel simple.

zéro prime à droite, ACTH à gauche (point de deuil), point maître sensoriel à droite, angoisse à gauche.

Une ordonnance de phytothérapie et d'homéopathie est prescrite en complément, et le conseil de prendre de la distance avec son ex-compagnon colérique et intempérant.

Deux semaines après, elle revient avec une nette amélioration. Une nouvelle séance est effectuée sur les mêmes points, mais avec aiguille semi-permanente sur le point zéro prime, le point maître sensoriel et le point ACTH.

Après une troisième séance du même type pratiquée un mois après, tout rentrera dans l'ordre. Elle est prête à rebondir, espère une nouvelle rencontre, moins orageuse.

En cas d'échec : contrôler le tragus, la zone du préfrontal et la zone du système limbique (à droite et à gauche), ainsi que les points d'adaptation. En cas de non-résultat manifeste en trois séances, choisir une autre thérapeutique, ou conseiller un collègue auriculothérapeute plus expérimenté.

Auriculothérapie et troubles du sommeil

Troubles du sommeil récents (fig. 6)

Choix de points : on choisira parmi les points suivants : zéro à droite, zéro prime à droite et gauche, épiphyse 1 à droite, bulbe à droite et à gauche, hypothalamus à droite et à gauche, agressivité à droite, maître sensoriel à droite et à gauche.

Contrôle et détection : pression ponctuelle douloureuse, détection électrique, lumière blanche, bâtonnet blanc, détecteur lumineux (rouge 24), détecteur fréquentiel (fréquences D et/ou G, fréquences FH et FB).

Cas clinique : un quadragénaire actif subit une restructuration professionnelle. Depuis trois semaines, il souffre d'insomnies d'endormissement. L'examen auriculaire est positif (bâtonnet blanc contrôlé par détection électrique) sur les points zéro à droite, zéro prime à droite, agressivité à droite, épiphyse à droite, hypothalamus à gauche. Le traitement par aiguilles apporte un soulagement effectif en quelques jours.

En cas d'échec : contrôler le tragus, la zone du préfrontal et la zone du système limbique (à droite et à gauche), ainsi que les points d'adaptation. En cas de non-résultat manifeste en trois séances, choisir une autre thérapeutique, ou conseiller un collègue auriculothérapeute plus expérimenté.

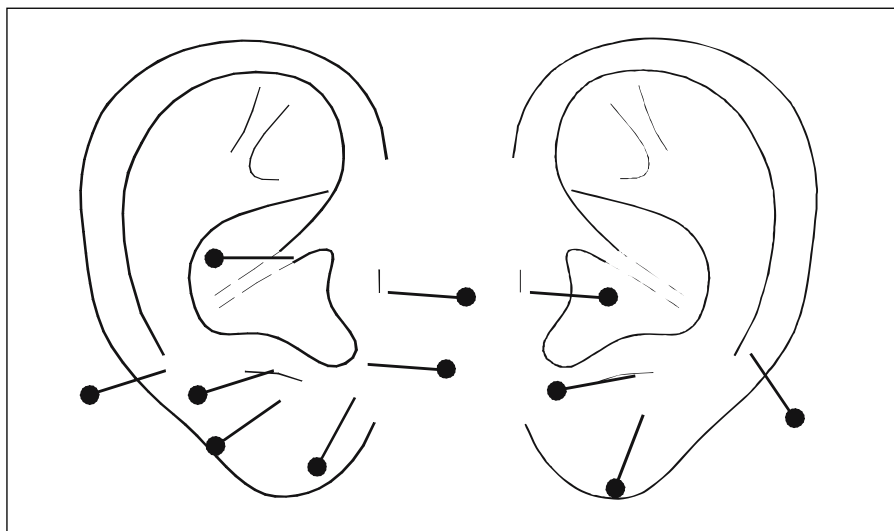


Fig. 6 - Choix de points dans les troubles du sommeil récents.

Troubles du sommeils anciens avec réveils nocturnes (fig. 7)

Choix de points : on choisira parmi les points suivants : zéro à droite, zéro prime à droite, épiphyse 1 à droite, bulbe à droite et à gauche, hypothalamus à droite et à gauche, agressivité à droite, point maître sensoriel à droite et à gauche (comme pour les troubles récents) plus les zones du tragus à droite et à gauche, et le mur de la conque à droite (horaire de réveil).

Contrôle et détection : pression ponctuelle douloureuse, détection électrique, lumière blanche, bâtonnet blanc, détecteur lumineux (rouge 24), détecteur fréquentiel (fréquences D et/ou G, fréquences FH et FB).

Cas clinique : une femme âgée de 60 ans souffre d'insomnies avec réveils nocturnes depuis des années. Les médications hypnotiques perturbent à la fois sa vigilance diurne et sa mémoire. On note à l'oreille (fréquences FH et FB, confirmation par détection électrique) les points : zéro à droite, épiphyse 1 à droite, tragus à droite et tragus à gauche, bulbe à droite, mur de la conque à gauche.

Pendant six mois, une séance est effectuée chaque mois, en douceur et complétée par la prescription d'homéopathie et de phytothérapie. Les six mois suivants, nous passons à une séance tous les deux mois.

Dès la deuxième séance, un mieux a été ressenti, permettant la diminution des médicaments. Au bout de six mois, le traitement initial a pu être diminué de moitié ; l'amélioration clinique s'est poursuivie.

En cas d'échec : contrôler la zone du préfrontal et la zone du système limbique (à droite et à gauche), ainsi que les points d'adaptation. En cas de non-résultat manifeste en trois séances, choisir une autre thérapeutique, ou conseiller un collègue auriculothérapeute plus expérimenté.

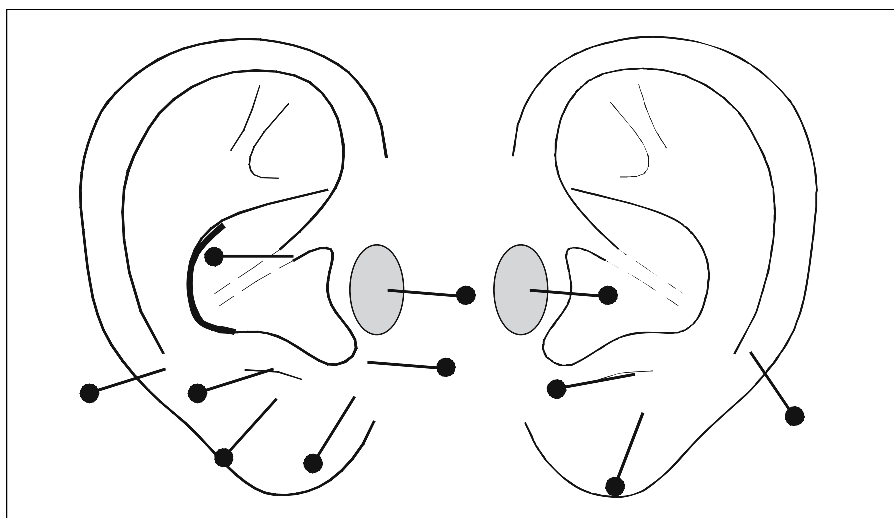


Fig. 7 - Choix de points et zones dans les troubles du sommeil anciens avec réveils.

Auriculothérapie et sevrage du tabac

Fumeur actif et dynamique (fig. 8)

Choix de points : on choisira parmi les points zéro à droite et à gauche, zéro prime à droite et à gauche (ASP), agressivité à droite décussation à droite, ainsi que plexus cervical à droite et Darwin à droite.

Contrôle et détection : pression ponctuelle douloureuse, détection électrique, lumière blanche, bâtonnet blanc, détecteur lumineux (rouge 24), détecteur fréquentiel (fréquences D et/ou G, fréquences FH et FB).

Cas clinique : un cadre dynamique, quadragénaire, fume 12 cigarettes par jour. Il veut vraiment « stopper ce vice ». L'examen auriculaire permet de noter ces points (bâtonnet blanc, rouge 24, détecteur électrique).

Une seule séance a été effectuée, complétée au départ par une aide en homéopathie. Aussitôt les aiguilles posées (ASP sur zéro prime), il a ressenti un profond dégoût du tabac. Le sevrage persiste depuis quinze ans, malgré de difficiles circonstances familiales.

En cas d'échec : point de gorge, contrôler les zones du préfrontal et du système limbique (à droite et à gauche). En cas de non-résultat manifeste en deux séances, choisir une autre thérapeutique, ou conseiller un collègue auriculothérapeute plus expérimenté.

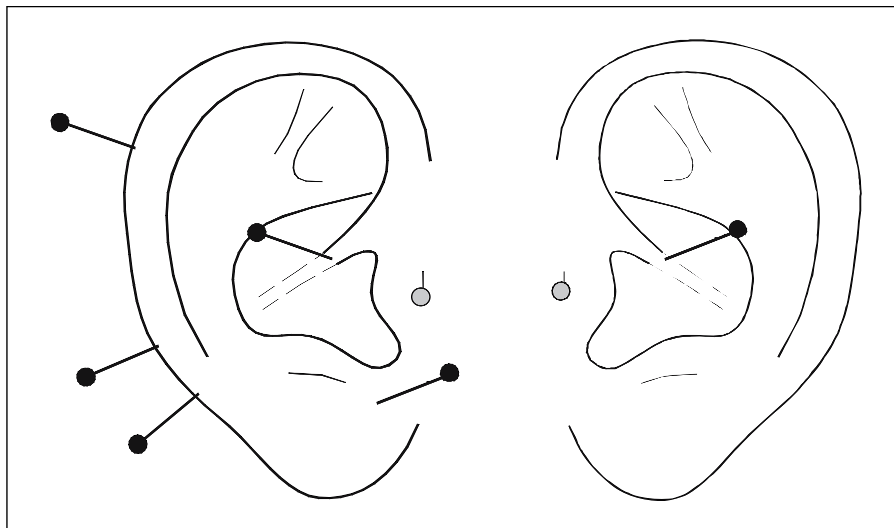


Fig. 8 - Choix de points chez un fumeur actif et dynamique.

Fumeur anxieux (fig. 9)

Choix de points : on choisira parmi les points zéro prime à droite et à gauche (ASP), angoisse à droite et/ou à gauche, agressivité à droite, hypothalamus à gauche et/ou à droite, gorge à droite, ACTH.

Contrôle et détection : pression ponctuelle douloureuse, détection électrique, lumière blanche, bâtonnet blanc, détecteur lumineux (rouge 24), détecteur fréquentiel (fréquences D et/ou G, fréquences FH et FB).

Cas clinique : un collègue âgé de 55 ans. C'est un anxieux. Il « fume avec plaisir et besoin » 20 cigarettes par jour. On découvre à l'examen auriculaire (bâtonnet blanc, rouge 24, FH et FB, détection électrique) les points zéro prime à droite et à gauche (ASP), gorge à droite, agressivité à droite, hypothalamus à gauche (ASP), décussation à droite. Pendant trois mois, il ne fume pas, à la suite de la première séance. Les circonstances et le manque de volonté le conduisent à reprendre jusqu'à 15 cigarettes par jour. Une seconde séance lui permet alors de se limiter à 10 cigarettes par jour. Il ne revient que l'année suivante, pour réduire à 5 cigarettes par jour. Et un jour, il prend la décision de stopper le tabac sans aide, ce qu'il peut réaliser sans difficulté. Le recul est de trois ans.

En cas d'échec : contrôler la zone du préfrontal et la zone du système limbique (à droite et à gauche), ainsi que les points d'adaptation. En cas de non-résultat manifeste en deux séances, choisir une autre thérapeutique, ou conseiller un collègue auriculothérapeute plus expérimenté. Et songer qu'il faut traiter l'anxiété tout autant que le tabagisme.

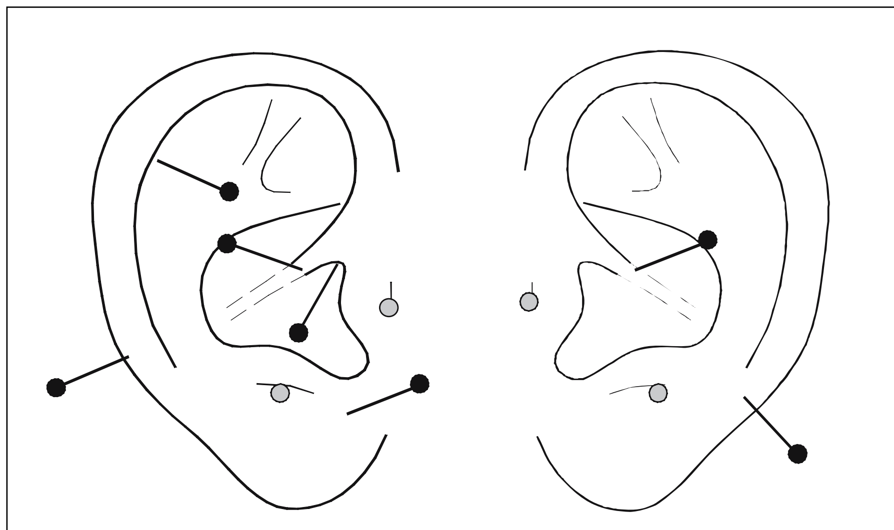


Fig. 9 - Choix de points chez un fumeur anxieux.

Auriculothérapie en ORL

Sinusite frontale et/ou maxillaire aiguë (fig. 10)

Choix de points : on choisir parmi les points olfactif, maxillo-dentaire, gorge, la zone du trijumeau, et au besoin maître sensoriel, à droite et/ou à gauche.

Contrôle et détection : pression ponctuelle douloureuse, détection électrique, lumière blanche, bâtonnet noir-blanc.

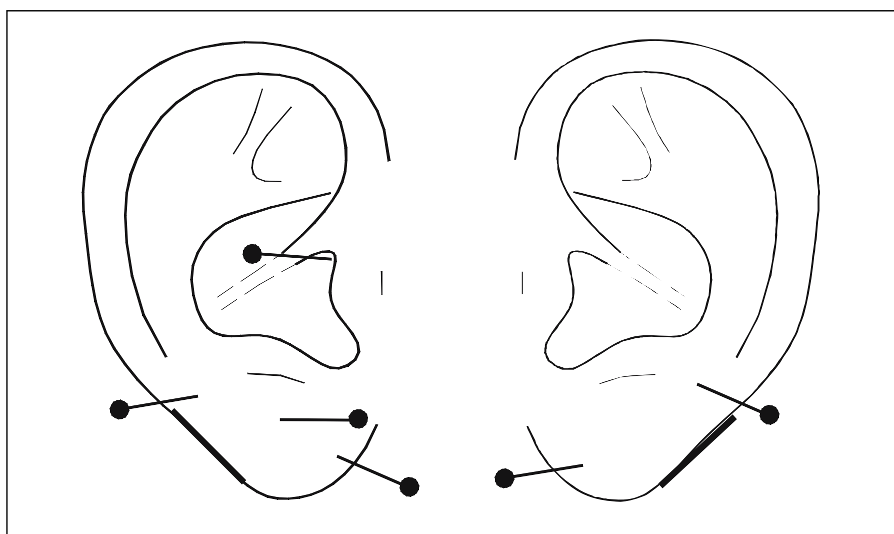


Fig. 10 - Choix de points dans la sinusite aiguë.

Cas clinique de sinusite frontale aiguë

Un fumeur impénitent consulte pour une sinusite maxillaire aiguë. L'examen auriculaire découvre quatre points (bâtonnet blanc, détecteur électrique). Des aiguilles sont posées : une sur chaque point maxillo-dentaire, une sur chaque point du trijumeau et une le point d'acupuncture inter-sourcilier Inn Trang. Il sera soulagé dans la demi-heure et pourra pratiquer ses loisirs de plongée sous-marine le lendemain.

Cas clinique de sinusite récidivante

Une malade consulte pour une sinusite, sur recommandation de son dentiste. Six mois avant, au cours d'un séminaire de formation, un collègue avait appliqué à ce dentiste une minute de traitement fréquentiel par laser sur les points de boucles d'oreilles qui étaient enflammés. À la suite de ce traitement, le dentiste n'avait plus souffert de ses habituelles sinusites.

Cas clinique de pan-sinusite chronique

Une institutrice quadragénaire pour une pan sinusite ethmoïdo-maxillaire à dominante gauche, sur fond de polypose nasale. Il s'agit d'une sinusite récidivante, malgré la chirurgie l'année passée et une réintervention le mois précédent.

Tous les deux à trois mois, une séance d'auriculothérapie, associée à la prescription d'homéopathie et d'aromathérapie, a permis dix années de sursis (avec seulement deux prescriptions d'antibiotiques pendant cette longue période). En cas de rechute, l'effet bénéfique d'une séance est ressenti dans les 24 heures.

Cas clinique de paralysie des cordes vocales

Un enseignant dans la trentaine consulte pour un enrouement évoluant depuis six mois, avec œdème des cordes vocales. Les corticoïdes ont été inopérants. Un mois avant, l'ORL a noté une paralysie des cordes vocales. On traite tous les points auriculaires détectés (bâtonnet blanc, fréquences de Nogier). Une attention particulière est portée au point de gorge à gauche traité au laser pendant deux minutes.

Le soir, il exprime des sons informes. Le lendemain, il consulte en urgence son ORL. La paralysie s'est libérée en partie ; tout s'est arrangé en 24 heures, sans rechute à ce jour (treize ans après).

Rhinite allergique aiguë (fig. 11)

Choix de points et zones : en première intention, contrôler les points olfactif et allergie (à droite et à gauche) et la zone du foie.

Contrôle et détection : détection électrique, lumière blanche, bâtonnet noir-blanc.

Cas clinique : une enseignante de 34 ans se présente avec une rhinite allergique associée à une conjonctivite particulièrement pénibles et apparues la veille. Elle souhaite éviter les anti-histaminiques qui la rendent somnolente, car elle doit participer le lendemain à un jury oral du baccalauréat.

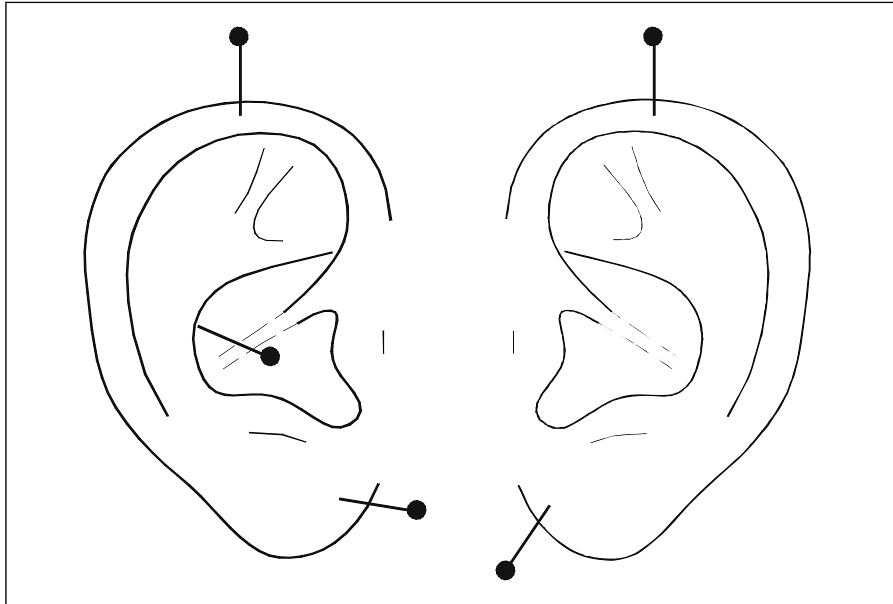


Fig. 11 - Choix de points dans la rhinite allergique.

L'examen de l'oreille nous montre les points olfactifs (bâtonnet noir), d'allergie à droite et à gauche (bâtonnet blanc) et du foie à droite (bâtonnet blanc). Une séance est effectuée à l'aiguille simple pendant quinze minutes, sauf les points olfactifs (à l'avant des lobules droit et gauche) piqués en apnée inspiratoire suivie de saignement. Après une aggravation fugace de symptômes, une amélioration est ressentie au bout d'une demi-heure, pour être presque totale dans la soirée. Cette personne pourra participer au jury, sans utiliser l'ordonnance prescrite !

En cas d'échec : recherche de points fixes orange. Contrôle des points de phases, des fréquences de Nogier, des barrages et obstacles (principalement le cou, la face, la bouche).

Acouphènes récents (fig. 12)

Choix de points et zones : en priorité contrôler les zones : crête du tragus à droite et/ou à gauche, ligne des sons à droite et/ou à gauche, rachis cervical à droite ou à gauche. Ainsi, que les points décussation, maxillo-dentaire et maître sensoriel à droite.

Contrôle et détection : détection électrique, lumière blanche, bâtonnet noir-blanc.

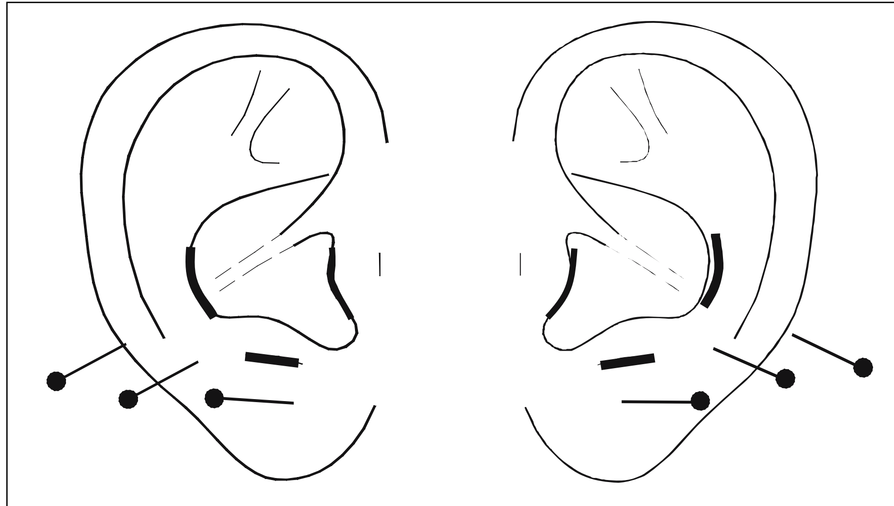


Fig. 12 - Choix de points et de zones dans les acouphènes récents.

En cas d'échec : recherche de points fixes orange. Contrôle des points d'adaptation, des points de phases (détecteur lumineux), des fréquences de Nogier (détecteur fréquentiel), des barrages et obstacles principalement la face et la bouche.

Auriculothérapie et troubles fonctionnels digestifs

Douleurs abdominales récentes (fig. 13)

Choix de points : zéro à droite et à gauche, maître des organes abdominaux à droite et à gauche, mur de l'hémi-conque supérieure.

Contrôle et détection : pression ponctuelle douloureuse, détection électrique, lumière blanche, bâtonnet blanc.

Cas clinique : une jeune femme présente des douleurs abdominales centrées depuis une semaine, sans diarrhée ni constipation. Elle n'est pas enceinte ; l'examen clinique permet d'éliminer une pathologie pelvienne et une appendicite. On repère quatre points douloureux à l'oreille : zéro à droite, maître des organes abdominaux à droite et à gauche, mur de l'hémi-conque supérieure à droite. La bâtonnet blanc et le

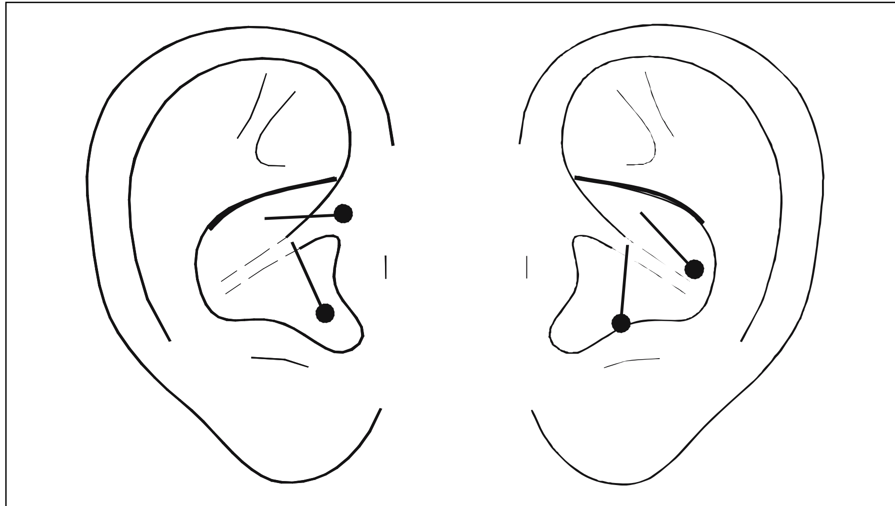


Fig. 13 - Choix de points dans les douleurs abdominales récentes.

détecteur électrique confirment. Le soulagement apparaît dans les heures qui suivent la pose des aiguilles.

Colopathie spasmodique chronique (fig. 14)

Choix de points : zéro à droite et à gauche, zéro prime à droite, maître des organes abdominaux à droite et à gauche, adaptation au stress, points de phases. Zones du mur de l'hémi-conque supérieure, du préfrontal, du système limbique (à droite et/ou à gauche). Sur la face postérieure, l'éminence conchale supérieure.

Contrôle et détection : pression ponctuelle douloureuse, détection électrique, lumière blanche, bâtonnet blanc, détecteur lumineux (rouge 24, phases), détecteur fréquentiel (fréquences de Nogier).

Cas clinique : une femme de 45 ans présente depuis six ans des douleurs abdominales peu modifiées par les traitements médicamenteux. Les examens biologiques et d'endoscopie permettent d'éliminer une pathologie organique. L'examen auriculaire découvre huit points : zéro prime à droite, maître des organes abdominaux à droite, mur de la conque à droite, éminence conchale postérieure à gauche, deux points d'adaptation au stress, système limbique à gauche, préfrontal à gauche. La détection a été positive au bâtonnet blanc, au détecteur électrique, ainsi qu'aux couleurs 24 et 25.

Une séance de ce type effectuée deux fois par mois a permis une amélioration de moitié dans les trois mois (à partir de la seconde séance, ASP sur maître des organes

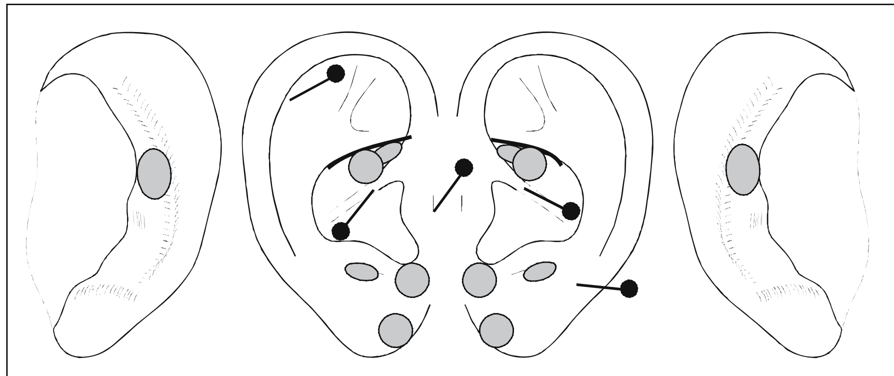


Fig. 14 - Choix de points et zones dans la colopathie chronique.

abdominaux, zéro prime, système limbique et préfrontal), puis on effectue une séance par mois les trois mois suivants. L'amélioration se poursuit.

En cas d'échec : contrôle des points d'adaptation, des points de phases, des fréquences de Nogier, des barrages et obstacles (principalement les cicatrices abdominales).

Constipation récente (fig. 15)

Choix de points : zéro (à droite et/ou à gauche), maître sensoriel (à droite), zones de l'hémi-conque supérieure (foie, vésicule biliaire, côlon, anus) à droite et/ou à gauche, mur de l'hémi-conque supérieure (à droite et/ou à gauche). Sur la face postérieure, l'éminence conchale supérieure.

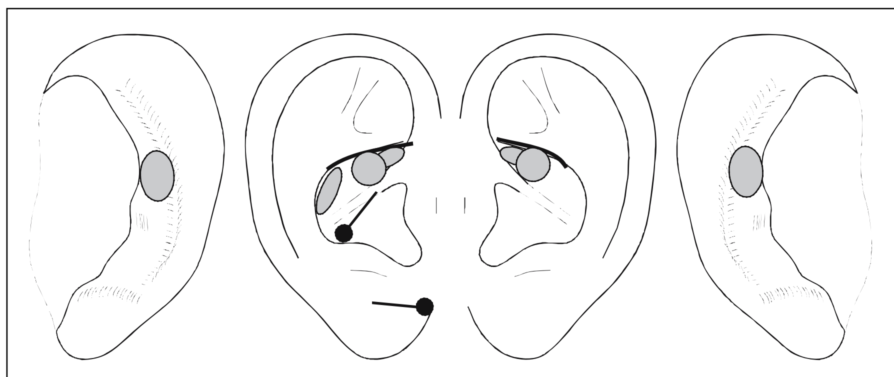


Fig. 15 - Choix de points et zones dans la constipation récente.

Contrôle et détection : pression ponctuelle douloureuse, détection électrique, lumière blanche, bâtonnet blanc.

Cas clinique : une jeune femme ressent une constipation depuis un mois, dans les suites de son premier accouchement. Le bâtonnet blanc permet de détecter le point de l'anus à droite, le point du foie à droite, le maître sensoriel à droite, zéro à gauche et côlon à gauche. Confirmation par détection électrique. On pose cinq ASP. La constipation est résolue dans les 48 heures.

Auriculothérapie et bouffées de chaleur à la ménopause (fig. 16)

Choix de points : ovaire, hypophyse, point antérieur du tragus (point génital de Nogier).

Contrôle et détection : détection électrique, lumière blanche, bâtonnet blanc, détecteur lumineux (rouge 24).

Cas clinique : une femme de 45 ans est adressée par son médecin oncologue. Depuis une irradiation des ovaires, elle présente d'intenses bouffées de chaleur et palpitations nocturnes. Naturellement, tous les traitements à visée hormonale sont contre-indiqués. Les autres traitements médicamenteux sont inopérants, sauf l'homéopathie qui apporte un certain soulagement.

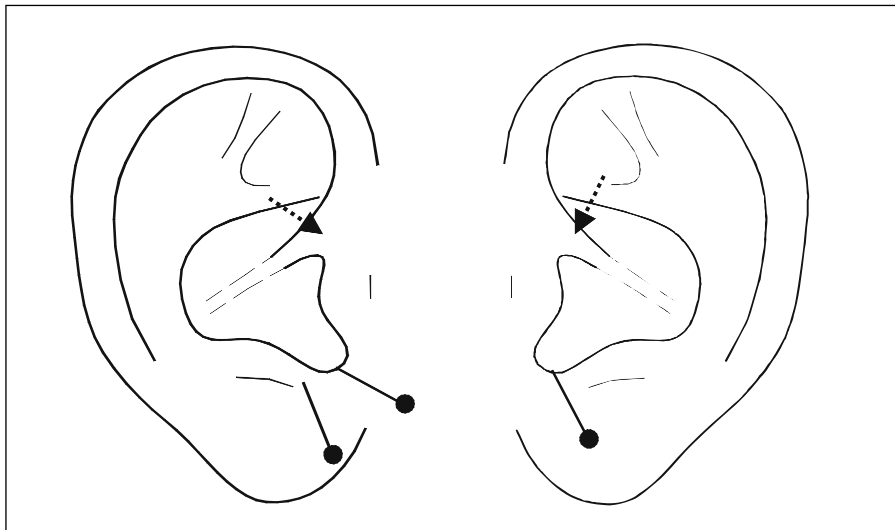


Fig. 16 - Choix de points dans les bouffées de chaleur de la ménopause.

Les points (détectés par rouge 24, et contrôlés en détection électrique) se situent au tragus gauche, au préfrontal à gauche, au préfrontal droite, décussation à droite et à gauche, hypophyse à droite, maître sensoriel à gauche, ACTH à gauche. Les aiguilles, apportant un soulagement rapide, seront renouvelées tous les deux mois.

En cas d'échec : séquence des glandes endocrines. Contrôle des points d'adaptation, du système limbique, des points de phases, des fréquences de Nogier, des barrages et obstacles (1re côte).

Auriculothérapie et boulimie (fig. 17)

Choix de points et zones : gorge à droite (ASP), zéro à droite, épiphyse 1 à droite, zéro prime (ASP), maître sensoriel et/ou hypothalamus (ASP) et/ou système limbique à droite et à gauche.

Contrôle et détection : pression ponctuelle douloureuse, détection électrique, lumière blanche, bâtonnet blanc.

Cas clinique : une jeune femme, se laisse dominer par ses pulsions alimentaires dès qu'elle est à la maison. Elle compense ainsi les absences de son mari, marin pêcheur ! Les points détectés à l'oreille (bâtonnet blanc confirmé par détection électrique et fréquences) sont : tragus (droit et gauche), zéro droit, décussation à droite, élimination à droite, réactivité à droite, trijumeau à droite.

Ces points sont tous traités à l'aiguille, sauf les points du tragus (ASP). Des conseils de comportement alimentaire sont apportés. Dès le lendemain, elle n'a plus

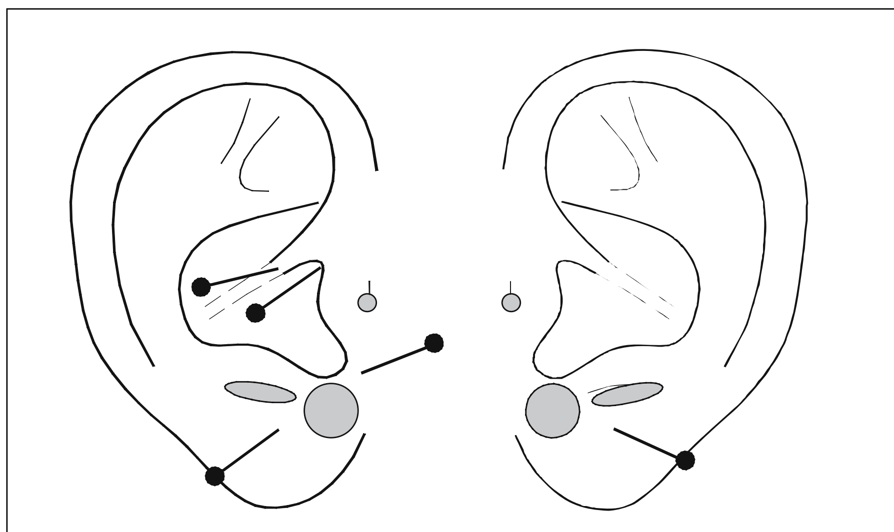


Fig. 17 - Choix de points et zones dans la boulimie.

de pulsions alimentaires, mais son indiscipline n'est pas modifiée. Trois semaines après, elle perd l'ASP posée à gauche ; dès le lendemain les pulsions alimentaires reprennent. Une ASP est posée en urgence, et la balance indique une chute de poids de 2 kg et demi.

En cas d'échec : détecteur lumineux (rouge 24), détecteur fréquentiel (fréquences de Nogier). Phytothérapie. Conseils diététiques et comportementaux appropriés.

Auriculothérapie et énurésie nocturne chez l'enfant (fig. 18)

Choix de points : maître sensoriel et/ou anus et/ou rein (à droite), vessie et/ou zéro prime (à droite et à gauche).

Contrôle et détection : détection électrique, lumière blanche, bâtonnet blanc.

Cas clinique : un enfant âgé de 12 ans n'a pas le contrôle nocturne de son sphincter vésical. L'examen et l'imagerie est normaux. Les approches thérapeutiques classiques ont été inopérantes ; les parents ont refusé qu'il prenne des antidépresseurs tricycliques. Il a été opéré de hernie inguinale gauche à l'âge de 6 ans. Il doit partir en colonie de vacances dans trois mois.

On détecte les points vessie et anus (à droite), maître sensoriel à gauche, préfrontal à droite, mur de l'hémi-conque supérieure à gauche, cicatrice abdominale à

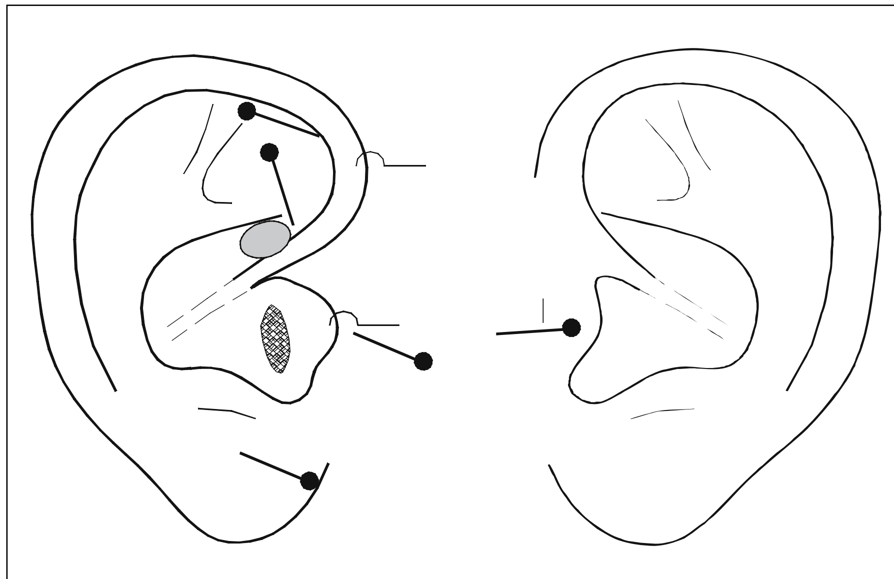


Fig. 18 - Choix de points dans l'énurésie nocturne de l'enfant.

gauche. Ces points ont été contrôlés par le bâtonnet noir-blanc, par détection électrique et par les fréquences (C et F). Une séance est effectuée tous les trois semaines (une aiguille sur chaque point). Une amélioration notable est perçue après la seconde séance ; elle est importante après la troisième séance. On le revoit ravi au retour des vacances, pour une toute autre affection !

En cas d'échec : Contrôle des points d'adaptation, du mur de l'hémi-conque supérieure, du système limbique, des points de phases, des fréquences de Nogier, des barrages et obstacles. (cicatrices abdominales, vertèbres).

Programmes de soins et cas cliniques dans la douleur récente

Y. Rouxeville

Tableau I - Codes des traitements effectués.

Soins conseillé	Aiguille	Aiguille semi-permanente	Massage
Pictogramme	●——	○	◀——▶

Contrôle et détection des points et zones

Pression ponctuelle douloureuse, lumière blanche, bâtonnet blanc, contrôle par détection électrique

On peut aussi utiliser le détecteur lumineux (rouge 24) et/ou le détecteur fréquentiel et/ou le palpeur à pression 250 g/mm^2.

La personne soignée dans sa totalité : l'anxiété peut induire des cervicalgies, une cervicalgie chronique engendrera une anxiété. Les phénomènes subtils sont difficiles à découvrir sans un matériel adapté (générateurs de fréquences, détecteurs lumineux).

Choix de points en rhumatologie, traumatologie, névralgies récentes

On contrôle les points et/ou les zones conseillés. On ne les traite que si le contrôle est positif (douleur à la pression, détection électrique, projection ponctuelle de couleur, projection ponctuelle de fréquence).

Dans les douleurs du rachis : les différents points de cette zone du rachis à l'oreille droite du droitier, et les articulations du rachis au dessus et en dessous. Les points postérieurs en regard de cette partie du rachis à gauche ou à droite. Le point zéro est traité à la fin.

Dans les douleurs des membres : le (ou les points) dans la zone correspondante à l'oreille droite du droitier et/ou à l'oreille homolatérale à cette articulation. Les points postérieurs en regard de cette articulation à gauche ou à droite. Le point homologue. Le point zéro est traité à la fin.

Dans les névralgies : les points du rayon (métamère) à l'oreille droite du droitier et/ou à l'oreille homolatérale : zéro, mur de la conque, vertèbre, bordure. Point dit du thalamus.

Cas clinique : un seul cas par groupe (rachis, membres, névralgies) sera exposé. Pour les autres cas, reportez-vous au schéma particulier.

Traitement : aiguille et/ou aiguille semi-permanente. Massage et/ou fréquences (laser) en complément. L'aiguille est LE traitement de choix de la douleur et de la souffrance.

En cas d'échec : une séance devrait être efficace, quitte à être complétée ou renouvelée au bout d'une semaine.

Alors, contrôler : points des zones dites de la moelle, du thalamus, points du tragus. Point du mur de la conque (métamère). Points sur l'autre oreille. Mais aussi savoir reprendre le diagnostic et ses causes. Points d'adaptation au stress, points-maîtres.

Dans un cas aigu, si deux séances n'ont pas apporté de soulagement : soit la méthode est inefficace, soit elle est mal utilisée, soit le sujet n'est pas réactif. En tirer la leçon !

L'auriculothérapie étant une thérapeutique médicale, il convient de se comporter en médecin, savoir porter les diagnostics différentiels, savoir orienter les examens adaptés en imagerie ou en biologie, etc.

Auriculothérapie dans les douleurs du rachis

Lombalgie récente (fig. 1)

Cas clinique : un ouvrier menuisier consulte pour une lombalgie aiguë survenue au cours de son travail, il y a six heures. Il souhaite être manipulé pour finir son chantier. Mon état (bras plâtré) ne permet pas de pratiquer la médecine manuelle. Je lui propose « de faire un équivalent de manipulation en le piquant à l'oreille ». Poli, respectueux et handicapé, il n'ose refuser tout en étant circonspect.

Trois points sont détectés à l'oreille par la pression douloureuse ; contrôle par détection électrique. Ces trois points sont traités à l'aiguille semi-permanente. Une heure après, il est soulagé, et reprend le travail le lendemain.

Le plus pénible pour lui sera la contre-visite avec le médecin-conseil de la Caisse, (qui lui non plus, n'avait jamais entendu parler d'auriculothérapie) : être considéré comme un tire-au-flanc, alors qu'il n'a eu qu'une demi-journée d'arrêt de travail !

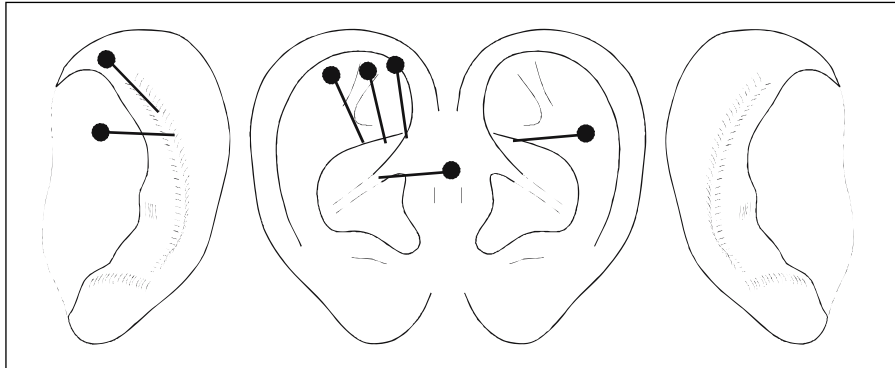


Fig. 1 - Choix de points dans la lombalgie récente.

Dorsalgie récente (fig. 2)

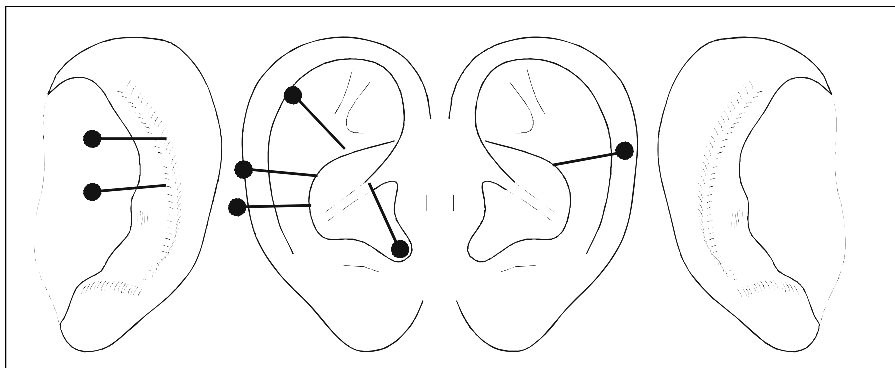


Fig. 2 - Choix de points dans la dorsalgie récente.

Cervicalgie récente (fig. 3)

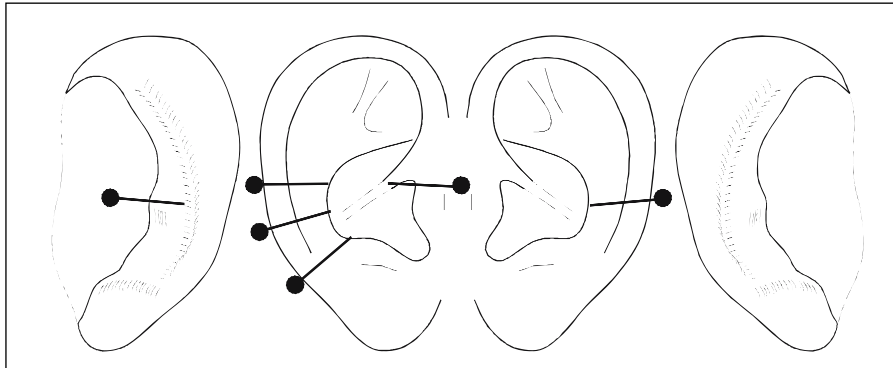


Fig. 3 - Choix de points dans la cervicalgie récente.

Auriculothérapie dans les douleurs des membres

Douleur récente de l'épaule droite chez un droitier (fig. 4)

Cas clinique : une mère de famille souffre de l'épaule droite. Cette douleur est intense et survenue après avoir étendu deux lessives il y a quatre jours. Les AINS sont inopérants.

Chez cette droitière, l'examen auriculaire montre une douleur provoquée dans la zone de l'épaule à l'oreille droite. Deux aiguilles semi-permanentes sont posées.

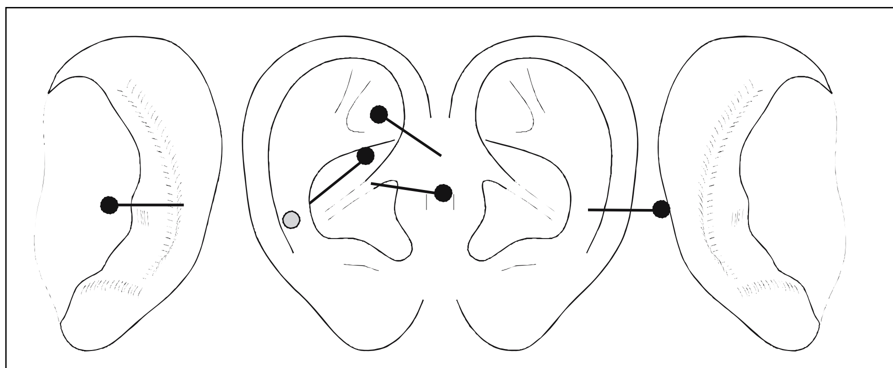


Fig. 4 - Choix de points dans la douleur récente de l'épaule droite chez un droitier.

D'autres points sont retrouvés et traités à l'aiguille normale : mur de la conque cervical à droite, point homologue à gauche, muscles de la ceinture scapulaire en partie postérieure de l'oreille gauche.

Le soulagement apparaît dans la demi-heure. En revanche, les douleurs ne cessent pas au cours de la nuit suivante : le sommeil est impossible. Le lendemain matin, les douleurs disparaissent. Les radiographies objectivent une discrète calcification de la coiffe des rotateurs. La prudence dans les gestes est recommandée pendant une à deux semaines.

Douleur récente de l'épaule droite chez un gaucher (fig. 5)

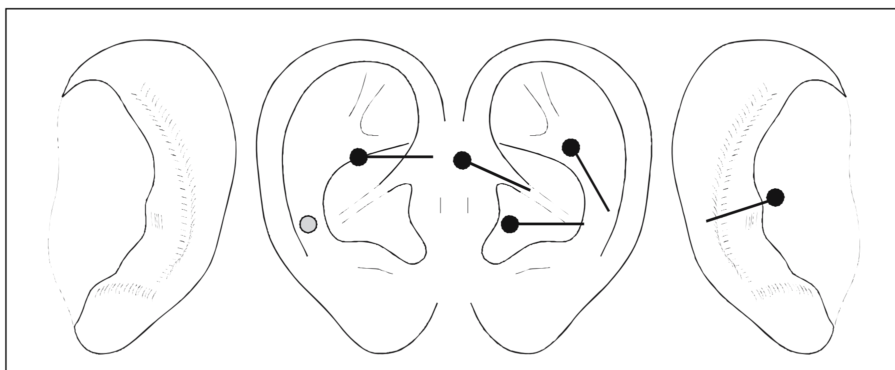


Fig. 5 - Choix de points dans la douleur récente de l'épaule droite chez un gaucher.

Douleur récente du genou droit chez un droitier (fig. 6)

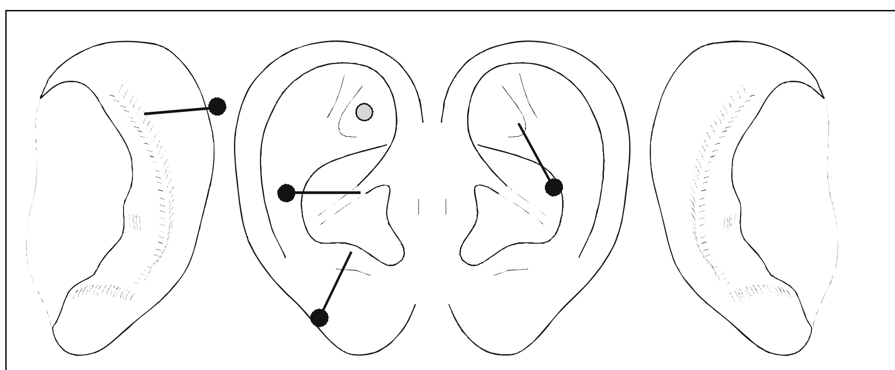


Fig. 6 - Choix de points dans la douleur récente du genou droit chez un droitier.

Douleur récente du genou droit chez un gaucher (fig. 7)

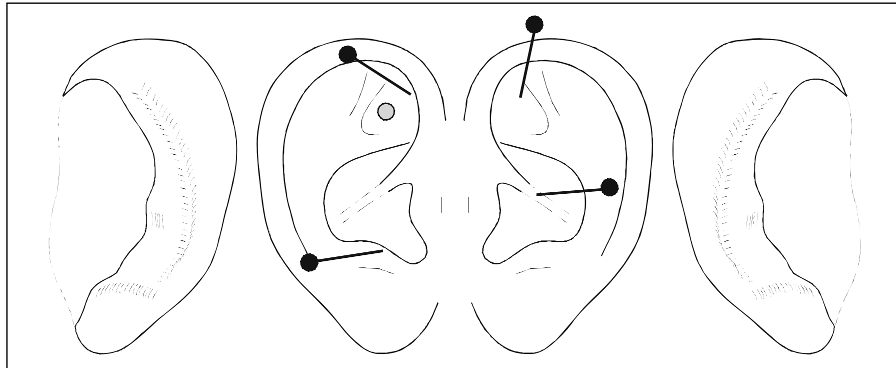


Fig. 7 - Choix de points dans la douleur récente du genou droit chez un gaucher.

Auriculothérapie dans les névralgies

Vérifier en priorité le rayon (représentation du dermatome) sur les deux oreilles. Contrôler également les zones dites de moelle, le tragus et l'antitragus.

Névralgie sciatique récente à droite chez un droitier (fig. 8)

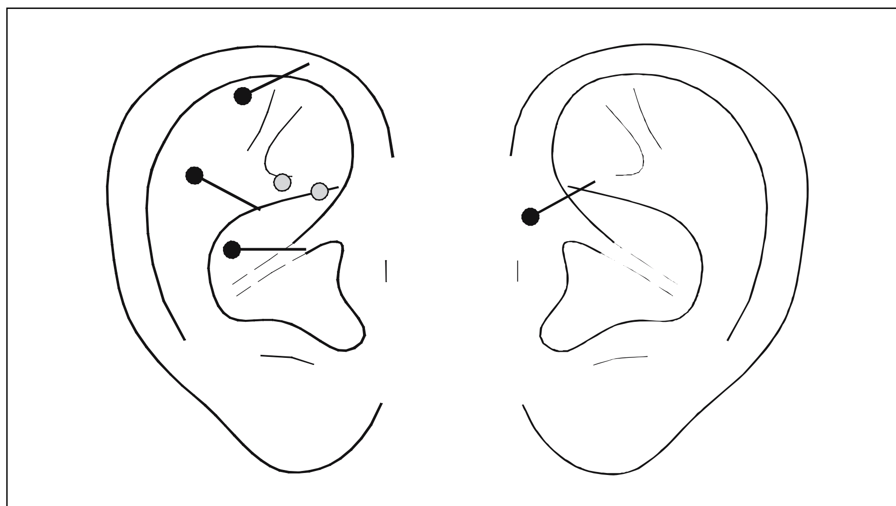


Fig. 8 - Choix de points dans la névralgie sciatique récente à droite chez un droitier.

Névralgie cervico-brachiale à droite chez un droitier (fig. 9)

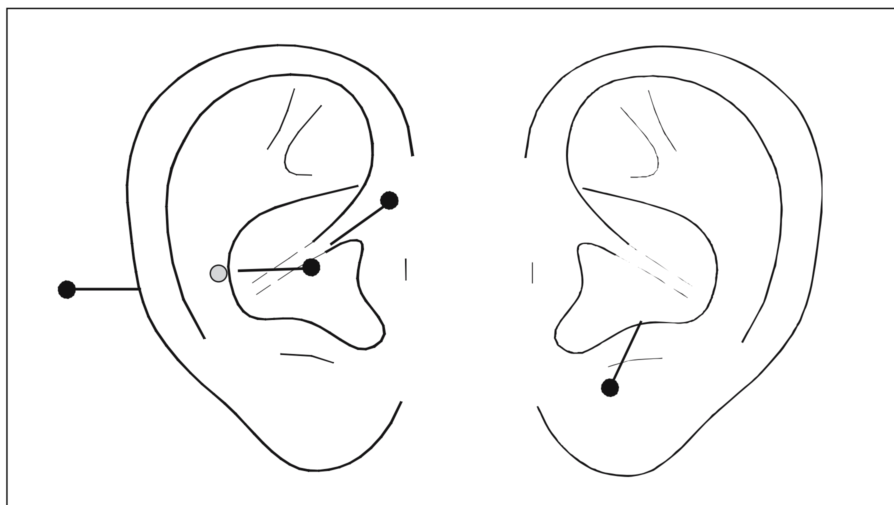


Fig. 9 - Choix de points dans la névralgie cervico-brachiale récente à droite chez un droitier.

Névralgie occipitale d'Arnold récente à droite chez un droitier (fig. 10)

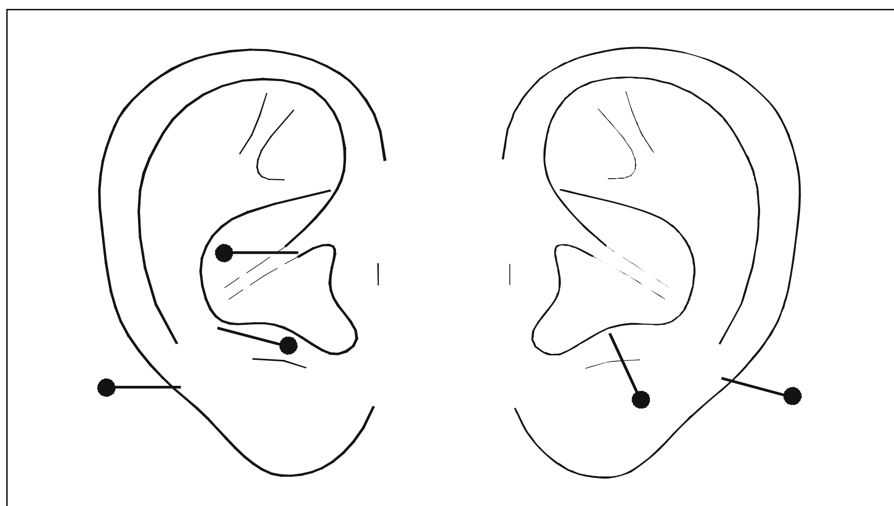


Fig. 10 - Choix de points dans la névralgie d'Arnold récente à droite chez un droitier

Zona thoracique T 10 aigu à droite chez un droitier (fig. 11)

Cas clinique : un homme âgé de 63 ans consulte pour un zona thoracique T 10 évoluant depuis une semaine malgré un antiviral et un antalgique palier 2 de l'OMS. Il présente des sensations de brûlures au moindre effleurement.

L'examen auriculaire montre une zone de l'anthélix sensible à la pression douloureuse, à droite. Cette zone est traitée par des aiguilles semi-permanentes juxtaposées (criblage). On note aussi un point de bordure et un point d'antitragus à droite, ainsi qu'un point du mur de la conque à gauche.

Le soulagement est important dans la demi-heure. Les aiguilles tomberont au 5e jour, lors de la toilette. Une nouvelle séance est effectuée au 7e jour, qui se conclut par une guérison définitive des douleurs.

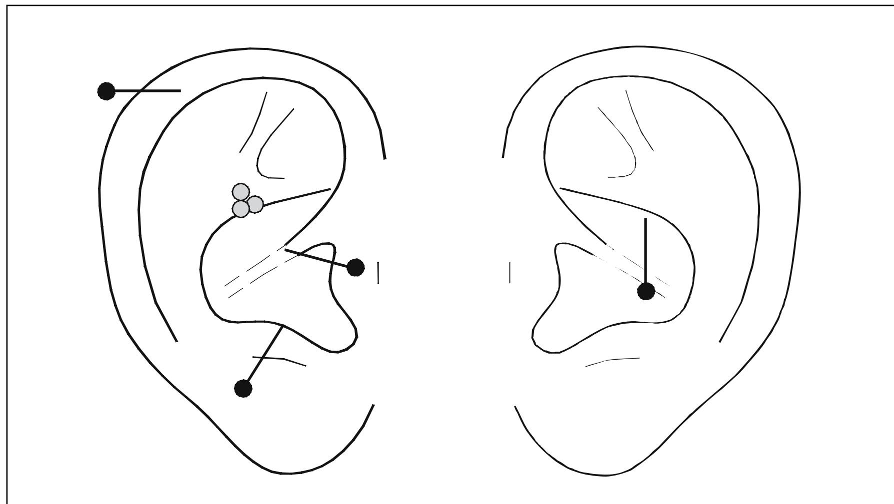


Fig. 11 - Choix de points dans le zona thoracique T 10 aigu à droite chez un droitier

Névralgie de la face récente à droite chez un droitier (fig. 12)

Choix de points : zone du trijumeau, antitragus, partie postérieure du lobule. Point zéro.

Cas clinique : il y a une dizaine d'années, une personne proche subit une dévitalisation dentaire (prémolaire supérieure) à l'arsenic un vendredi après-midi. Le soir apparaissent des douleurs mandibulaires et faciales résistantes au paracétamol. Le samedi, j'effectue une séance d'auriculothérapie, sans effet. Le dimanche, deux séances sont effectuées sans effet. Les douleurs s'accentuent ; le tramadol n'apporte que des effets indésirables.

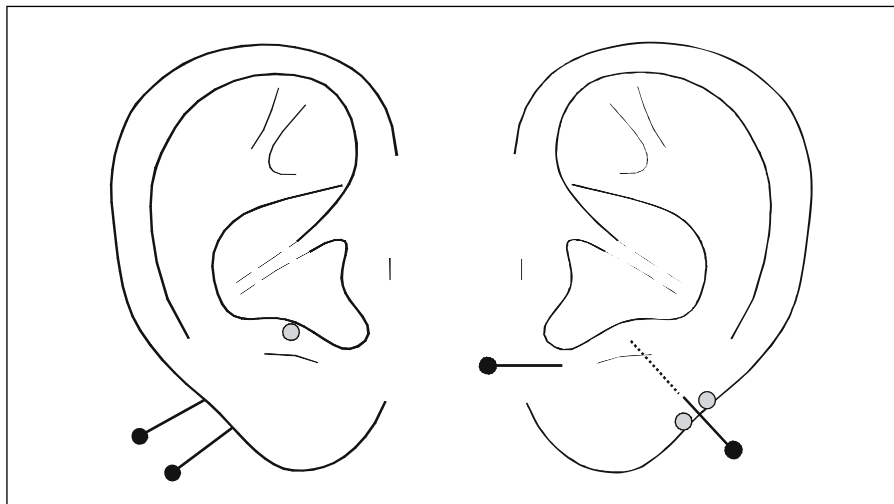


Fig. 12 - Choix de points dans la névralgie de la face, récente à droite chez un droitier.

Le lundi matin, les douleurs sont pulsatiles et atroces. Je plante deux aiguilles, l'une à droite et l'autre à gauche. Ces aiguilles embrochent le lobule depuis la zone du trijumeau jusqu'à l'antitragus en passant par le point maxillo-dentaire (*cf.* fig. 13). Elles sont stimulées à l'électricité (fréquence 1,14 Hertz). Un mieux est noté en vingt minutes. Une heure après, la douleur étant très supportable, on cesse les impulsions électriques. La personne repart avec le stimulateur dans la poche de son chemisier et les câbles branchés sur les aiguilles… De temps à autres, elle stimule pendant quinze minutes. Elle pourra préparer le repas du midi et conduire pour se rendre dans l'après-midi chez un autre dentiste.

Névralgie de la face récente à droite chez un gaucher (fig. 13)

Auriculothérapie dans la céphalée aiguë

Céphalée

Choix de points : la partie postérieure du lobule, l'antitragus, la jonction antitragus-anthélix.

Cas clinique : un collègue acupuncteur hospitalier me téléphone le 17 février 2003 au sujet d'une femme adulte souffrant depuis six semaines de maux de tête intoléra-

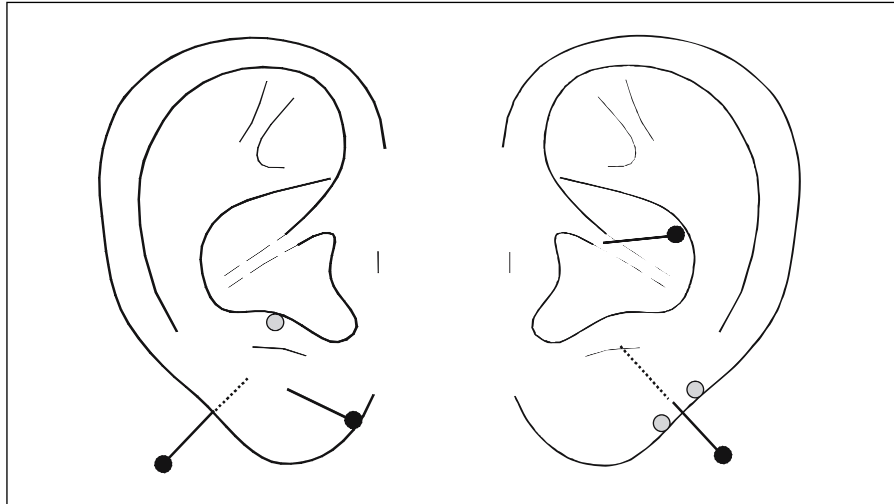


Fig. 13 - Choix de points dans la névralgie de la face, récente à droite chez un gaucher.

bles, à la suite d'un zona auriculaire. Le bilan hospitalier est normal (ponction lombaire, etc.). Je vous recopie le texte de ma réponse, adressée par télécopie :

« *Conseils d'urgence pour une personne souffrant de zona de l'oreille droite avec cervicalgies et douleurs pulsatiles :*

- *Palper les oreilles pour rechercher les zones douloureuses principalement dans les endroits indiqués sur le schéma 1 de préférence à l'oreille droite, mais aussi à gauche (fig. 14).*
- *Piquer ces points avec une aiguille rigide (de préférence 40/100 mm de diamètre) pendant trois secondes maximum. En cas de saignement, c'est meilleur. En effet, il s'agit d'une pathologie avec excès, qu'il faut soulager. On piquera avec bonheur le point zéro (point maître du parasympathique) à droite et à gauche (schéma 2).*
- *L'action peut se manifester dans les 24 heures. Au besoin, recommencer demain avec les points douloureux détectés, qui ne seront pas obligatoirement les mêmes que ce jour.*
- *Me téléphoner en cas de besoin supplémentaire, de préférence avec Fax explicatif préalable.* »

Le confrère téléphone le lendemain après-midi et me dit : « *Dis donc, l'auriculo, cela marche ! Elle est soulagée de moitié !* ». *Une nouvelle séance aurait permis une sédation totale en quelques jours.*

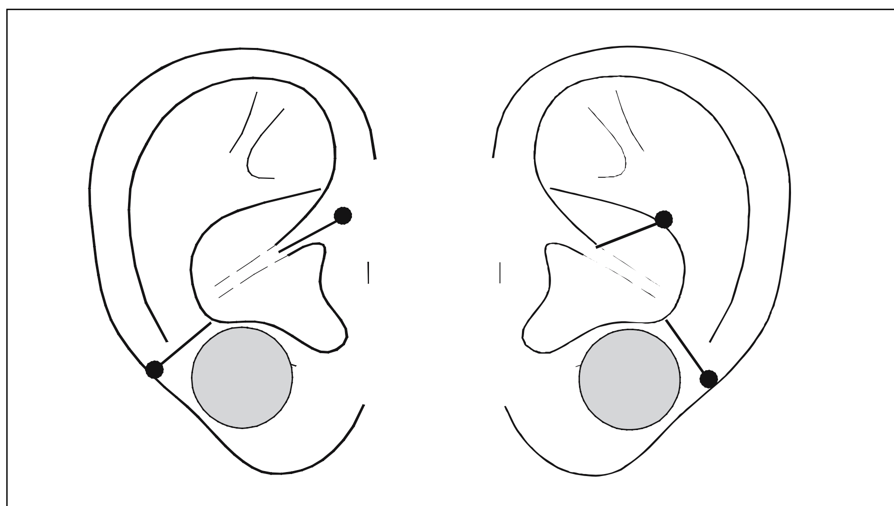


Fig. 14 - Choix de points et zones dans la céphalée aiguë.

Migraine cataméniale (fig. 15)

Choix de points : Chen Men, zéro prime, charnière antitragus-anthélix, hypophyse, point génital décrit par Nogier (à l'avant de l'antitragus), point maître sensoriel.

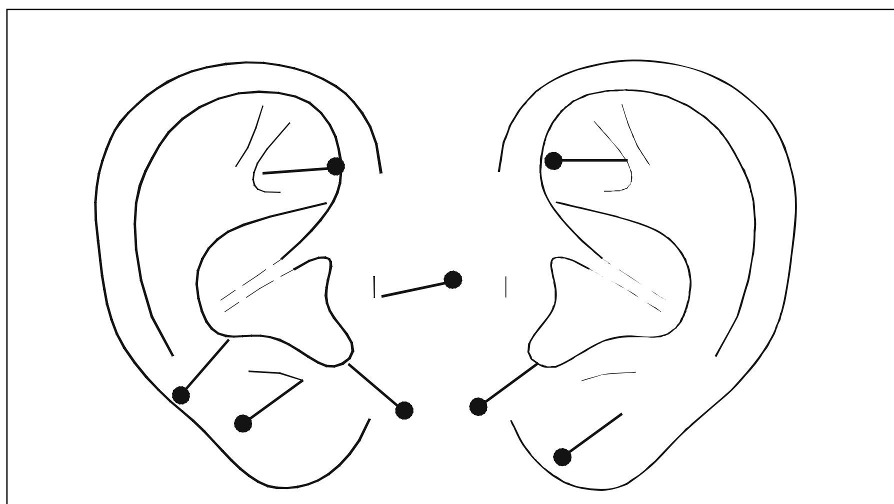


Fig. 15 - Choix de points et zones dans la migraine cataméniale.

Auriculothérapie et traumatologie sportive

Entorse simple de la tibio-tarsienne droite (fig. 16)

Choix de points : pied à droite, genou à droite, thalamus (à droite et/ou à gauche), mur de l'hémi-conque supérieure à droite.

Cas clinique : une femme ayant pratiqué une intense séance de jogging en sous bois s'est tordu la cheville la veille, alors qu'elle utilisait de nouvelles chaussures. Elle est gênée à la marche, au niveau de la malléole péronière droite. L'examen de la cheville ne montre qu'une banale douleur du faisceau antérieur du ligament latéral externe.

Quatre points sont détectés à l'oreille par la pression douloureuse et confirmés en détection électrique : pied à droite (deux points), bordure du rayon passant par le pied à droite, thalamus à gauche. Ces quatre points sont traités à l'ASP. On conseille une semaine de repos sportif et le port d'une contention simple. En trois jours, tout s'est arrangé. Désormais, elle portera ses chaussures neuves de manière progressive.

En cas d'échec : il est à craindre que ce ne soit pas une entorse banale. Dès la première séance, on saura des ordonner des radiographies : elles pourront montrer un arrachement osseux, ou une fracture méconnue. On prescrira également une contention adaptée.

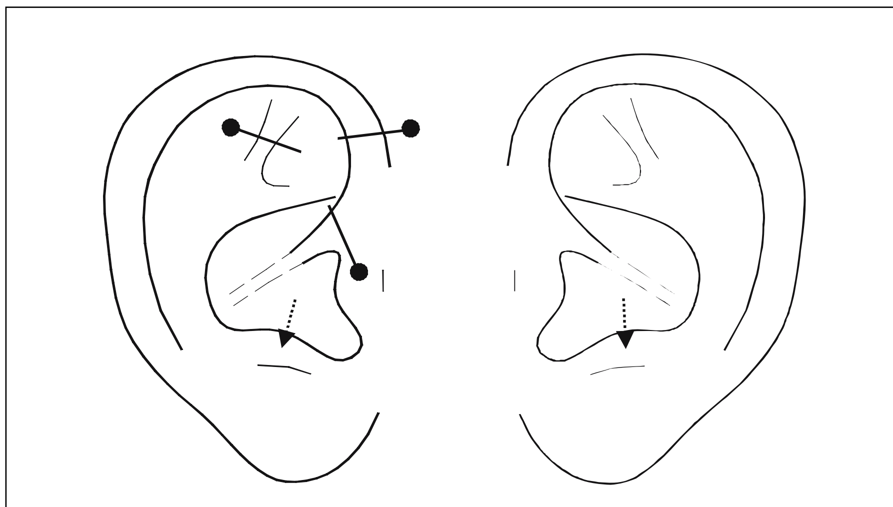


Fig. 16 - Choix de points dans l'entorse simple de la tibio-tarsienne.

Épicondylite droite récente (fig. 17)

Choix de points : coude à droite (transfixiante), muscles de l'avant-bras à droite, rachis cervical à droite et/ou à gauche, muscles de la ceinture scapulaire à droite.

Cas clinique : un joueur de tennis, pratiquant régulièrement, change de raquette et a de longs échanges avec un adversaire coriace. Dès le lendemain, il présente la douleur bien connue et appréhendée par ces sportifs. L'examen de l'oreille à la pression douloureuse est positif sur les points suivants : articulation du coude à droite, thalamus à droite, muscles de l'avant-bras à droite, muscles cervicaux à gauche, charnière cervico-thoracique à droite et à gauche.

En cas d'échec : vérifier le rachis cervical (dérangements intervertébraux préalables), apporter des conseils relatifs à la raquette pour prévenir cette technopathie. Et aussi éviter les brusques modifications d'intensité ou de durée à l'entraînement !

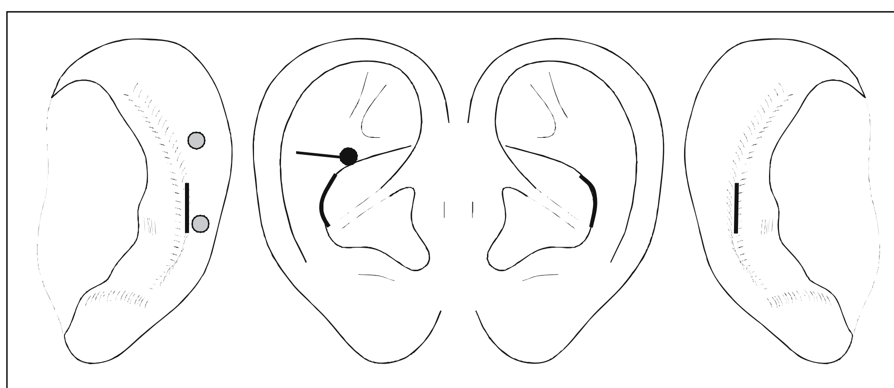


Fig. 17 - Choix de points dans l'épicondylite droite récente.

Programmes de soins et cas cliniques dans la douleur chronique

Y. Meas (Tchang Chi Cheng)

Contrôle et détection des points et zones

Dans les cas aigus et/ou récents

Pression ponctuelle douloureuse (palpeur à pression 160 g/mm^2), lumière blanche, bâtonnet blanc.

Dans les cas chroniques et/ou complexes

Pression ponctuelle douloureuse (palpeur à pression 250 g/mm^2), insensibilité à la pression (palpeur à pression 400 g/mm^2) détection électrique, lumière blanche, bâtonnet blanc, détecteur lumineux, détecteur fréquentiel (fréquences Nogier, fréquences FH et FB). On peut aussi utiliser le détecteur lumineux (rouge 24), etc.

Une personne est soignée dans sa totalité. Les phénomènes subtils peuvent être difficiles à découvrir sans un matériel adapté (générateurs de fréquences, détecteurs lumineux).

En cas d'échec : reprendre le diagnostic. Étudier les interférences entre le physique et le mental, les barrages, les phases, les cicatrices, etc., (tableau I).

Tableau I - Codes des traitements effectués.

Soins conseillé	Aiguille	Aiguille semi-permanente	Massage
Pictogramme	●——	○	◄——►

Les lombalgies chroniques

Les cas de lombalgies chroniques représentent l'archétype de la stratégie de la prise en charge globale du patient douloureux chronique.

En France, 6 millions de personnes qui consultent chaque année pour lombalgie !

80 % des Français souffrent ou ont déjà souffert de lombalgies !

C'est la première cause d'invalidité chez les moins de 45 ans !

C'est le deuxième motif de consultation de médecine générale !

C'est la première cause d'arrêt de travail (Anaes mai 2001) !

Le taux de récidives est élevé : de 60 à 85 % !

La croissance est exponentielle : elles sont trois fois plus fréquentes en 10 ans !

Malgré l'amélioration des conditions de travail, la robotisation, les lombalgies persistent!

Les traitements se multiplient, et pourtant les lombalgies progressent inexorablement!

Les méthodes d'imagerie du rachis sont de plus en plus performantes, et pourtant les lombalgies progressent inexorablement !

Nous avons une connaissance limitée de l'origine de ces douleurs : il n'y a pas de corrélation entre la clinique et l'imagerie !

Choix des points dans la lombalgie chronique (fig. 1)

En première intention, répondre à la demande et diminuer la souffrance

Points sur la zone des lombaires en phase 1, point de membre inférieur droit, massage des zones lombaires en face postérieure, points d'adaptation, parfois le point de la substance réticulée agissant sur le sommeil. En complément, on peut stimuler au

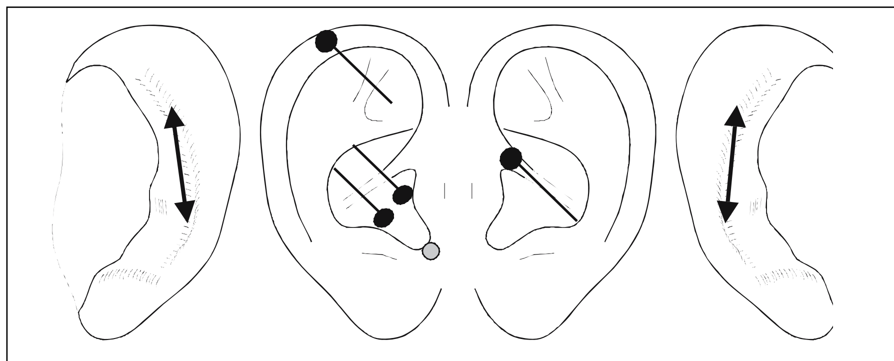


Fig. 1 - Lombalgie chronique : en première intention, répondre à la demande et diminuer la souffrance.

laser avec la fréquence A0 sur les zones lombaires en phase 2 et 3 (si douleur vespérale et nocturne).

En seconde intention, traiter les facteurs de récidives (fig. 2)

Point de décussation, zones algiques correspondant aux membres inférieurs, en bordure la cicatrice lombaire, le tragus, la zone limbique, les points d'adaptation épiphyse et ACTH à l'aiguille semi permanente (pour lutter contre le déconditionnement et la dépression).

Massage les zones lombaires en phase 3 et en phase 2 (qui peuvent aussi correspondre à des zones de stimulation du cortex fronto-temporales, zone affective et comportementale et mnésique).

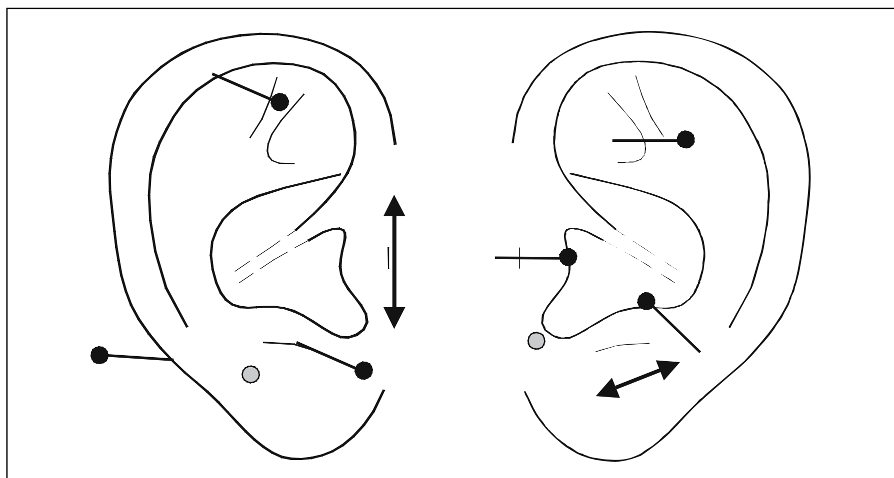


Fig. 2 - En seconde intention, traiter les facteurs de récidives.

Cas clinique

M. N., 38 ans, 1,85 m, 82 kg, musclé et bien bâti, sans antécédents, se plaint toujours de douleurs lombaires, à prédominance droite, permanentes et invalidantes. Il est en arrêt de travail depuis dix mois, décide de changer de médecin et vient vous consulter pour la première fois.

Compte rendu de consultation d'un confrère rhumatologue hospitalier à qui son médecin traitant l'avait adressé :

« M. N. souffre de douleurs rachidiennes lombaires, également dorsales avec irradiation aux membres inférieurs. Depuis persistent des lombalgies basses en barre, des irradiations aux membres inférieurs des 2 côtés.

« Les douleurs se sont installées à la suite d'un effort au travail : initialement, une impression de craquement dans le dos, suivi d'un blocage complet pendant 10 à 15 minutes.

« Les douleurs sont mécaniques, soulagées par le décubitus.

« La souffrance se manifeste en position debout ou assise prolongée, en marchant, lors de mouvements sans caractère impulsif.

« À l'examen :
– raideur modérée du rachis pour la flexion antérieure ;
– la manœuvre de Lasègue réveille quelques lombalgies vers 80° ;
– à la pression : douleurs lombaires médianes plutôt en L4/L5 et L5/S1 ;
– examen neurologique normal.

« Examens complémentaires : IRM et scanner : protrusion discale L4/L5 modérée.

« Conclusions médicales :

Il y a une composante fonctionnelle surajoutée sans doute assez importante.

Il pourrait y avoir certaines difficultés sur le plan professionnel. »

L'analyse montre que :

– Le bilan n'a pas prouvé la présence de lésions importantes ;
– Cependant les douleurs persistent depuis plus de 10 mois ;
– Donc discordance importante entre les douleurs décrites et leur persistance et le peu de données objectives cliniques et aussi para cliniques.

Conduite du raisonnement

On tentera de traiter spécifiquement et simultanément chaque composante de la douleur aiguë dans un premier temps : articulaire et capsulo-ligamentaire, neurogène, « tension musculaire », mais aussi psychologique, émotionnelle et comportementale ainsi que sociale et professionnelle.

La douleur aiguë est un signal d'alarme de l'organisme et un symptôme d'appel au diagnostic

Caractéristiques des douleurs aiguës

Signal d'alarme de l'organisme

Laisse des traces sur le psychisme, sur la mémoire, sur le comportement

Retentissement physique :

– au niveau de l'appareil locomoteur ;
– au niveau du système neuro-végétatif ;
– au niveau cortical ;
– au niveau sous-cortical et limbique.

Expression du retentissement physique

Au niveau de l'appareil locomoteur :
– une attitude antalgique ;
– un comportement de fuite ;
– une hypermobilité.

Au niveau du système neuro-végétatif :
– accélération de la fréquence cardiaque ;
– augmentation du débit cardiaque ;
– augmentation de la pression artérielle ;
– accélération de la fréquence respiratoire ;
– transpiration abondante ;
– nausées ;
– tremblements fins, rapides, prédominants aux extrémités.

Au niveau cortical :
– projections pariétales : perception et localisation de la douleur ;
– projections frontales : identification de l'influx nociceptif comme une sensation désagréable ;
– projections temporales : mémorisation de la douleur.

La douleur s'exprime par :

– cris, pleurs, plaintes ;
– mimique douloureuse avec sourcils en oméga ;

– attitudes marquées d'appréhension physique (élévation de la tension musculaire, nerveuse et morale).

Au niveau sous-cortical et du système limbique :

– troubles de l'humeur dominés par une anxiété massive d'autant plus accentuée que la signification du phénomène douloureux échappe au sujet ;
– apparition de la composante émotionnelle et de la résolution psycho-affective de la sensation qui se transforme ainsi de douleur en souffrance.

La douleur chronique

Caractéristiques

Absence de signes neuro-végétatifs (contrairement à la douleur aiguë).

Visage résigné, stoïque, révélant l'épuisement et la dépression.

Retentissement physique qui s'exprime :

– au niveau de l'appareil locomoteur ;
– au niveau du système neuro-végétatif ;
– au niveau cortical ;
– au niveau thymique.

Expression du retentissement physique

Au niveau de l'appareil locomoteur :

– un ralentissement global ;
– apparition fréquente d'attitudes vicieuses.

Au niveau du système neuro-végétatif :

– diminution marquée des réponses sympathiques initiales ;
– constipation ;
– anorexie.

Au niveau cortical :

– diminution de la tolérance à la douleur ;
– tendance à affecter d'une connotation douloureuse tout autre stress physique, mental ou moral ;
– ralentissement de l'enchaînement des idées et des processus intellectuels ;
– apparition d'un comportement anormal vis-à-vis de la maladie.

Aspects psychologiques

Le facteur psychologique n'intervient que sur le développement temporel de la douleur (déclenchement, durée), non sur l'excitation locale et organique elle-même.

Le champ de la conscience du malade tend à se focaliser sur la perception de la douleur.

Au niveau thymique, la douleur chronique suscite une humeur dépressive chez le patient.

Réciproquement, un tempérament dépressif préexistant tend à donner à la douleur le caractère temporel de la douleur chronique.

Des troubles du sommeil (pouvant être liés en partie à une tendance dépressive) :
– endormissement difficile ;
– réveils fréquents ;
– insomnie du petit matin.

Souvent une irritabilité : pour se défendre de son impotence, le patient s'irrite, comme si son irritation avait le pouvoir de dissoudre sa douleur!

Les priorités

Ne pas passer à côté d'une affection grave

La grande majorité des lombalgies aiguës relèvent d'un accident discal survenant au cours d'un effort, mais la recherche de signes de gravité est une priorité absolue :
– Déficit moteur d'emblée inférieur à 3 et/ou progression d'un déficit moteur ;
– Syndrome de la queue de cheval : troubles sphinctériens, hypoesthésie périnéale ou des organes génitaux externes ;
– Sciatique hyperalgique (ressentie comme insupportable et résistante aux morphiniques).

Ces signes doivent déclencher les investigations en urgence !

Limiter le passage à la chronicité

Tout se joue dans les 8 premières semaines :
– 90 à 95 % des lombalgies aiguës guérissent en moins de 8 semaines ;
– 5 à 10 % restant représentent 70 à 80 % de l'ensemble des coûts liés au « mal de dos » ;

Il est primordial de détecter très précocement les malades risquant d'évoluer vers la chronicité !

Il n'y a pas de parallélisme radio-clinique, même si des lésions radiologiques plus évoluées s'accompagnent généralement de lombalgies plus sévères !

L'évolution chronique des lombalgies dépend beaucoup plus des données démographiques, psychosociales et professionnelles que des caractéristiques de l'affection elle-même !

Les facteurs de passage à la chronicité sont :

– hérédité (Scheuermann, scoliose structurale, spondylolisthésis) ;
– antécédents de lombalgie ;
– association à une sciatique ;
– arrêt de travail lié à la lombalgie > 12 mois ;
– mauvaise condition physique ;
– tabagisme important ;
– insatisfaction au travail (aggrave la pénibilité du travail) ;
– syndrome dépressif ;
– revendications médico-légales.

En auriculothérapie, en cas d'échec

Vérifier les latéralités et les transferts.

Les causes les plus fréquentes d'échecs sont l'oubli de gestion en amont des obstacles, des phases et des cicatrices.

Refaire le bilan des causes de passage à la chronicité, les facteurs psychosociaux et l'hygiène de vie. Parfois une séance dite antitabac peut nettement améliorer la situation.

Objectifs

Ils sont de permettre au patient :
– de contrôler et de gérer sa douleur ;
– d'améliorer sa fonction ostéo-articulaire ;
– de favoriser sa réinsertion sociale et professionnelle le plus rapidement possible.

L'accompagnement psychologique est essentiel.

Cervicalgie chronique

Choix de points : points rachis cervical, point thalamus, point de bordure rayon du rachis cervical et membre supérieur droit (très proche du point de décussation), point de foie (ou point de projection de la douleur référée de l'épaule). On peut le comprendre en prenant le pouls (RAC) et utiliser détection via les phases (fig. 3).

Cas clinique : patient de 56 ans, cadre à l'EDF, présentant des cervicalgies chroniques depuis 8 ans avec antécédents de névralgies cervico-brachiales C5/C6 droites, de lombalgies. Il a des problèmes cardiovasculaires connus sur terrain d'hypercholestérolémie avec surpoids de 20 kg et indice de masse corporel à 30.

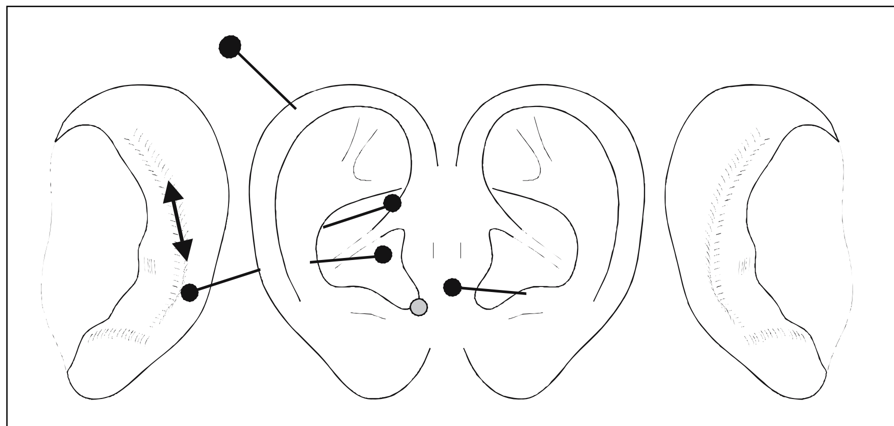


Fig. 3 - Choix de points dans la cervicalgie chronique.

Douleur cotée à l'EVA (échelle visuelle analogique) à 7 sur 10 et gêne cotée à 8 sur 10.

Six points sont détectés à l'oreille par la pression douloureuse et confirmés en détection électrique : rachis cervical (deux points), bordure du rayon passant par le membre supérieur droit lié à la douleur projetée, thalamus à gauche, point de foie. Ces cinq points sont traités à l'aiguille simple. Une aiguille semi permanente est posée sur point épiphyse, pour l'adaptation au stress.

En cinq jours, la douleur évaluée à l'EVA a diminué à 4 sur 10, ce qui est « supportable » pour le patient qui a pu retrouver ses activités quotidiennes.

En cas d'échec : le patient a été revu 6 mois après, pour une récidive des ses problèmes algiques. Une prise en charge d'hygiène de vie traitement de son hypercholestérolémie est nécessaire. Une reprise d'activités physique serait bénéfique sur la raideur liée à l'arthrose cervicale et les séquelles posturales de ses lombalgies anciennes. Des traitements sur les points d'adaptation et d'élimination et des points de bordure en regard des lombaires et des points douloureux sur les zones du système locomoteur peuvent enlever les hypertonies posturales et aider le patient à retrouver son « équilibre ».

Douleur chronique de l'épaule droite chez un droitier (fig.4)

Choix de points : point épaule droite, point de bordure en regard de l'épaule droite, point rachis cervical zone C4, point du tragus, point hanche oreille opposée et point « cortex ». Aiguille semi permanente sur point ACTH. Massage zone cervicale en face postérieure.

Cas clinique : patiente de 52 ans, ex volleyeuse nationale, douleur mécanique chronique de son épaule droite avec antécédents traumatiques sportifs.

Problèmes tendino-musculaires du sus-épineux droit (retrouvé au test de Jobe). Douleur cotée à 6 sur 10 en permanence et légèrement majorée à 7 dès qu'elle a des activités stressantes ou une sollicitation de son membre supérieur droit.

Cinq points sont détectés à l'oreille droite par la pression douloureuse et confirmés en détection électrique. Deux points sont détectés insensibles à la pression profonde avec zone de non douleur : hanche gauche et lobule gauche. Un point est retrouvé en détection électrique sur point ACTH à l'oreille gauche.

On conseille une semaine de repos sportif simple car elle continue à faire de la gymnastique et natation. En trois jours, tout s'est arrangé sur le plan douleur et une reprise sportive douce est faite au bout de 15 jours.

En cas d'échec : il faudra refaire le testing de l'épaule afin de ne pas passer à côté d'une instabilité de l'épaule et des autres facteurs de chronicisation (*cf.* lombalgies chroniques). Un bilan cervical est nécessaire également.

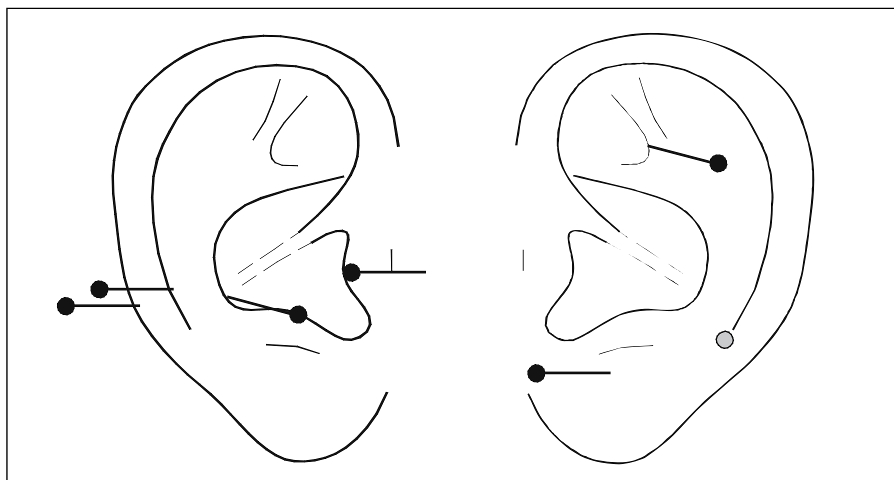


Fig. 4 - Choix de points dans la douleur chronique de l'épaule droite chez un droitier.

Douleur chronique du genou droit chez un droitier (fig. 5)

Choix de points : point de genou droit et ses points de bordure, point coude oreille opposée, point du tragus. Aiguille semi permanente sur le point Thalamus.

Cas clinique : patient de 48 ans, ex cycliste et facteur, en léger surpoids (indice IMC à 28), présentant une gonarthrose avérée modérée et confirmée par bilan radiologique.

En cas d'échec : penser à des problèmes de hanche, de cheville, lombaire ou de posture. Penser à son surpoids et hygiène de vie. Prévoir un bilan plus complet ou revoir les clichés radiographiques pour éliminer une chondrocalcinose; faire un bilan biologique endocrinien pour vérifier ses anomalies lipidiques.

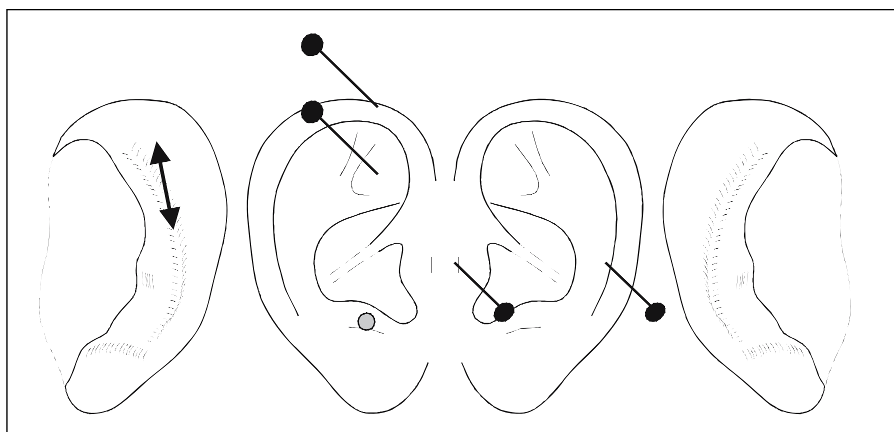


Fig. 5 - Choix de points dans la douleur chronique du genou droit chez un droitier.

Sciatique chronique à droite chez un droitier

Même chose que les lombalgies chroniques sauf qu'il y a un problème discal en plus.

Douleurs postzostériennes T 10 droites chez un droitier (fig. 6)

Choix de points : criblage avec des aiguilles semi permanentes sur zone non sensible trouvée en absence de douleur à la pression forte, point de bordure homolatéral à rechercher avec le détecteur électrique ou la pression douloureuse, point du tragus, point « cortex » en phase 2 et en phase 3 sur l'oreille controlatérale. Aiguille semi permanente sur le point cortisol et/ou ACTH.

En cas d'échec : penser au diagnostic différentiel du zona : eczéma de contact, plaie surinfectée, prurigo strophulus, etc.

Il faut de toute manière s'adapter et lutter contre la douleur (*cf.* douleur aiguë) et trouver les facteurs déclenchants (souvent un stress non avoué).

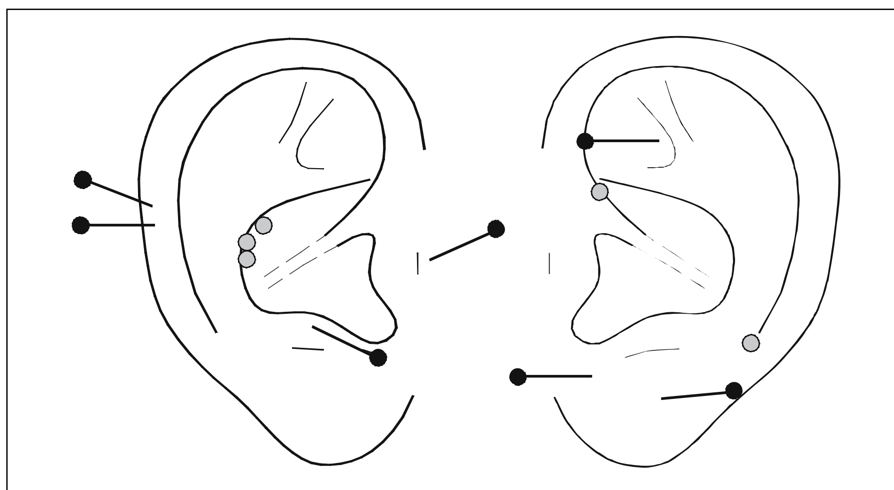


Fig. 6 - Choix de points dans les douleurs postzostériennes T 10 droites chez un droitier.

Névralgie du trijumeau chronique à droite chez un droitier (fig. 7)

Choix de points : oreille droite, points PCS et point cortex moteur face, recherché au détecteur électrique ou au pouls (point rouge 24). À l'oreille gauche, recherche d'un point ou d'une zone non douloureux à la palpation profonde ou réagissant au vert 58 (RAC). Point d'adaptation épiphyse à l'aiguille semi permanente, et point du tragus. Massage des zones ceinture scapulaire à la face postérieure, pour obtenir une aide à la détente du rachis et de la ceinture scapulaire.

En cas d'échec : vérifier la latéralité et les transferts, ainsi que les phases et les obstacles. Ensuite chercher les points du ganglion de Gasser ou les points des trigger zones (dents, palais, joue, gencive, etc.) et traiter à nouveau les zones de cicatrices du nerf Trijumeau.

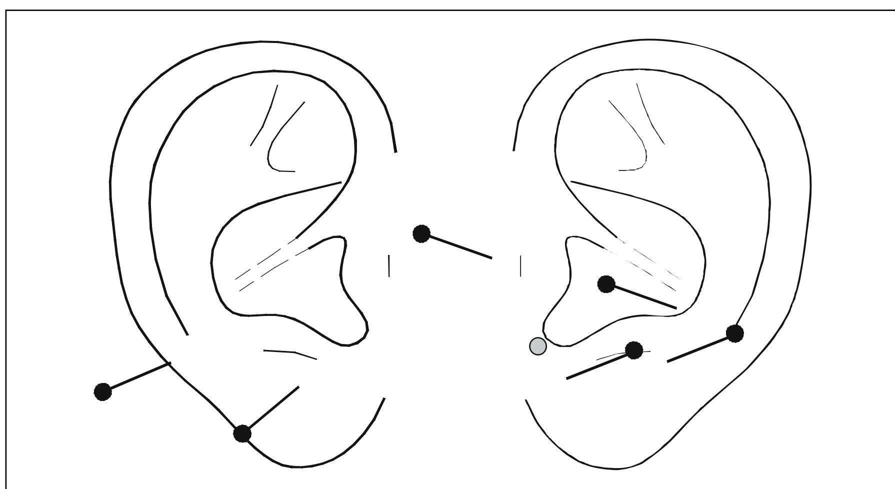


Fig. 7 - Choix de points dans la névralgie du trijumeau chronique à droite chez un droitier.

Pour en savoir plus

Y. Rouxeville

Ouvrages, revues et textes historiques ou fondamentaux

Actes des VII[e] journées d'acupuncture, d'auriculothérapie et de médecine manuelle (Besançon 1971). Maisonneuve, Moulins-lès-Metz

Acupuncture auriculaire. Actes d'Alba. Un médecin légendaire, une thérapeutique innovante, un château merveilleux (2003) Sauramps médical, Montpellier

Annales du I[er] Symposium international d'auriculothérapie et d'auriculo-médecine. (1994) Revue Asclépios. Haug International, Bruxelles

Bossy J, Prat-Pradal D, Taillandier J (1984) Les microsystèmes de l'acupuncture. Masson, Paris

Bourdiol R, Noël E (1972) Auriculothérapie. Cahiers de Biothérapie suppl. 33, Paris

Encyclopaedia Universalis (2003) DVD-Rom version 8 et supérieures, Acupuncture auriculaire, Thesaurus

Lentz A (2000) Bibliographie d'acupuncture auriculaire. Lentz, Dijon (actualisé 2006)

Nguyen J (1989) Auriculopuncture – Encycl Méd Nat (Paris, France), Acupuncture et médecine traditionnelle chinoise, II-2, 12-1989, 16 p

Niboyet JEH (1984) Rapport sur certaines techniques de soins ne faisant pas l'objet d'un enseignement organisé au niveau national (publié avec l'autorisation de la Direction générale de la Santé). Maisonneuve, Sainte-Ruffine

Nogier P (1956) Le pavillon de l'oreille. Zones et points réflexes. Bulletin de la Société d'Acupuncture n° 20, article repris dans la revue Auriculo-médecine n° 21. Maisonneuve, Sainte-Ruffine

Nogier P (1969) L'oreille voit. Possibilité d'un réflexe nouveau. Revue Méridiens, Paris

Nogier PFM (1969) Traité d'auriculothérapie. Maisonneuve, Moulins-lès-Metz

Revue Auriculo-médecine (37 numéros, de 1975 à 1984). Maisonneuve, Moulins-lès-Metz

Romoli M (2003) Agopuntura Auricolare. Utet, Torino. Italie

World Health Organization. (1990) Report of the Working Group on Auricular Acupuncture Nomenclature. WHO, Genève

Livres de formation et d'information

Actes du IIIe Symposium international d'auriculothérapie et d'auriculo-médecine. (2000) GLEM - EIPN, Lyon

Actes du Ve Symposium international d'auriculothérapie et d'auriculo-médecine. (2006) GLEM-EIPN – AASF, Lyon

Annales du GLEM, de 1995 à 2006. GLEM, Lyon

Bourdiol RJ (1980) Éléments d'auriculothérapie. Maisonneuve, Sainte-Ruffine

LeBel MR (2007) The essentials of auriculo medicine. LeBel, Santa Monica, États-Unis (sous presse)

Leclerc B (1994) Précis d'auriculothérapie. Tome I. La technique et son application. Leclerc, Nevers

Leclerc B (1995) Précis d'auriculothérapie. Tome II. La thérapeutique commentée. Leclerc, Nevers

Lentz A (2006) Bibliographie d'acupuncture auriculaire, sur logiciel Excel (1 334 titres et 669 acubriefs en Anglais). Lentz, Dijon

Meas Y, Rouxeville Y (2004) Ce qui marche, ce qui ne marche pas en auriculothérapie. Josette Lyon, Paris

Nogier P, Nogier R (1979) L'homme dans l'oreille. Maisonneuve, Moulins-lès-Metz

Nogier PFM (1969) Traité d'auriculothérapie. Maisonneuve, Moulins-lès-Metz

Nogier PFM (1977) Introduction pratique à l'auriculothérapie. Maisonneuve, Moulins-lès-Metz, et réédité par Haug International, Bruxelles

Nogier PFM (1981) De l'auriculothérapie à l'auriculomédecine. Maisonneuve, Moulins-lès-Metz

Nogier PFM, Petitjean F, Mallard A (1987) Points réflexes auriculaires. Maisonneuve, Sainte-Ruffine

Nogier PFM (1989) Complément des points réflexes auriculaires. Maisonneuve, Sainte-Ruffine

Nogier R (1993) Introduction pratique à l'auriculomédecine. La photoperception cutanée. International, Bruxelles

Nogier R (2000) Auriculothérapie 1er degré. Sauramps médical, Montpellier

Nogier R (2006) Auriculothérapie 2e degré. Sauramps médical, Montpellier

Oleson T (1995) International handbook of the ear reflex points. Health Care Alternatives, Los Angeles. États-Unis.

Romoli M (2003) Agopuntura Auricolare. Utet, Torino. Italie

Rouxeville Y (2000) Acupuncture auriculaire personnalisée. Sauramps médical, Montpellier

Vulliez C (2000) Auriculothérapie appliquée à l'art dentaire. Sauramps médical, Montpellier

Wang Zhaohao, Lin Minghua, Chu Chichun (1991) Pratique de l'acupuncture auriculaire. You Fen, Paris

Théorie et recherche fondamentale

Alimi D, Geissmann A, Gardeur D (2001) Action de l'auriculothérapie sur la douleur (Institut Gustave Roussy). Vérification des localisations par IRM fonctionnelle. Actes du Ve Congrès national de la FAFORMEC. Nantes

Alimi D *et al.* (2002) Auricular acupuncture stimulation measured on functional magnetic resonance imaging. Med acupuncture 13: 18-21

Alimi D, Rubino C, Pichard-Léandri E *et al.* (2003) Analgesic effect of auricular acupuncture for cancer pain: A randomized, blinded, controlled trial. J Clin Oncol 21: 4120-6

Borzeix G, Labos M, Harte C (1981) Recherche de transfert sérique d'analgésie (ITERC). Revue auriculo-médecine n° 24. Maisonneuve, Sainte-Ruffine

Bossy J (1983) Bases neurobiologiques des réflexothérapies. Masson, Paris

de Sousa A (1994) Réflexions sur la réponse autonome circulatoire (ou RAC) Les Actes du Ier Symposium international. Lyon

de Sousa A (2001) De l'influence des théories hémodynamiques. Annales du GLEM. Lyon

Durinyan RA (1980) À propos de quelques mécanismes physiologiques mis en jeu par la médecine auriculaire. Revue auriculo-médecine n° 18. Maisonneuve, Sainte-Ruffine

Ikezono E (2000) Objective digital analysis of pulse diagnosis using tonometry. Les Actes du IIIe Symposium international. Lyon

Magnin P (2001) RAC-VAS. Annales du GLEM

Marignan M (1998) Auriculothérapie et thermographie dynamique numérisée du pavillon de l'oreille : vers une preuve scientifique. Les Actes du IIe Congrès national de la FAFORMEC, Nîmes

Marignan M (2003) Vingt ans de recherche au GLEM. Acupuncture auriculaire. Actes d'Alba. Sauramps médical, Montpellier

Narongpunt V, Cornillot P, Attali JR *et al.* (2005) Infrared thermographic visualization of the traditional chinese acupuncture meridian points. Med Acup 16: 32-7

Nogier P, Corcelle A, Cahn J, Borzeix MG (1980) Expériences sur le lapin à l'Institut de thérapeutique et de recherches cliniques (ITERC) Revue auriculo-médecine n° 18. Maisonneuve, Sainte-Ruffine

Oleson TD, Richard J, Kroening, Bresler DE (1980) Évaluation expérimentale du diagnostic auriculaire : la géographie somatotopique de la douleur musculo-squelettique aux points auriculaires d'acupuncture. Revue auriculo-médecine n° 20. Maisonneuve, Sainte-Ruffine

Piquemal M (2006) Influence magnétique globale du pavillon auriculaire. Les Actes du Ve Symposium international. Lyon

Sénélar R, Auziech O (1989) Histopathologie du point d'acupuncture. Encycl Méd Nat (Paris, France), Acupuncture et médecine traditionnelle chinoise, IB-2c, 12: 7

Terral C, Rabischong P (1997) A Scientific Basis for Acupuncture? J Alternative Complement Med 3 (suppl.1): 55-65

Terral C, Rabischong P (2003) Rôle fonctionnel des points de moindre résistance électrique du revêtement cutané dans la régulation homéostasique. Actes d'Alba. Sauramps médical, Montpellier

Terral C, Rabischong P, Dubois JB (2006) Analyse de la fiabilité de l'auriculo-diagnostic par la lecture du diagramme body-scanning F.T. Data Base. Les Actes du Ve Symposium international. Lyon

Timochevsky SV (1994) The computer auricular diagnostic date system « Acus ». Les actes du Ier Symposium international. Lyon

Van Wijk R, Ackerman JM, Van Wijk EPA (2006) Human Biophoton and the VAS. Les Actes du Ve Symposium international. Lyon

Vulliez C (1994) Mise en évidence du signal vasculaire. Les Actes du Ier Symposium international. Lyon

Recherche appliquée clinique et pratique

Actes du Congrès du XX[e] Anniversaire (2001) Sotubio, Tunis

Alimi D, Rubino C, Pichard-Léandri E *et al.* (2003) Action antalgique de l'acupuncture auriculaire dans les douleurs cancéreuses. J Clin Oncol 1: 4120-6

Alimi D, Rubino C, Pichard-Leandri E *et al.* (2000) Analgesic effect of auricular acupuncture for cancer pain. Journal of Pain and Symptom Management. Elsevier Science Inc. New York 10111, févr. 2000

Alimi D, Rubino C, Pichard-Léandri E. *et al.* (2003) Action antalgique de l'acupuncture auriculaire dans les douleurs cancéreuses. J Clin Oncol 1: 4120-6

Alimi D, Marignan M, Nguyen J (2005) Le point auriculaire ganglion stellaire. Acupuncture & Moxibustion 1: 64-5

Ananyin NN, Klemenkov SV, Levitskiy IF, Kolesnikova IV (2001) Principes de la correction auriculothérapeutique de l'hémostase dérangée de l'organisme. Annales du GLEM. Lyon

Ananyin NN, Klemenkov SV, Levitskiy IF, Kolesnikova IV (2001) Les principes méthodologiques de la correction auriculothérapique des inflammations. Annales du GLEM. Lyon

Anonyme. Auriculothérapie. Mission médicale au Nouristan (1981) Revue auriculomédecine n° 23. Maisonneuve, Sainte-Ruffine

Bazzoni G (2001) L'auriculothérapie chez le patient obèse. Annales du GLEM. Lyon

Bazzoni G (1994) L'intervention de l'auriculothérapie dans l'obésité et le contrôle du comportement alimentaire. Les Actes du I[er] Symposium international. Lyon

Bazzoni G (2006) Rôle des paramètres de fréquence et d'intensité de stimulation dans la thérapie électrique transcutanées en acupuncture auriculaire. Les Actes du V[e] Symposium international. Lyon

Bricot B (1997) Les céphalées fonctionnelles : diagnostic et traitement par auriculothérapie. Annales du GLEM. Lyon

Gagliardi G, Ceccherelli F, Ruzzante I, Giron G (2000) Clinical importance of ear acupuncture in the treatment of neurogenic pain. Les Actes du III[e] Symposium international. Lyon

Goris J (2006) Paradigm cange in etiology and therapy of psychological perturbances and diseases. Les Actes du V[e] Symposium international. Lyon

Khider (1981) Application de l'auriculothérapie en obstétrique. Revue auriculomédecine n° 23. Maisonneuve, Sainte-Ruffine

Landel G (2006) Présentation de 15 ans d'une pratique atypique de traitement de patients par injection des points d'auriculothérapie avec de la lidocaïne à 2 % (Xylocaïne® simple à 2 %). Les Actes du Ve Symposium international. Lyon

La Ferla D, Romoli M (2000) La sensation propagée : nouvelle frontière pour l'auriculothérapie. Actes du IIIe Symposium International, Lyon

Leclerc B (1996) HTA et auriculothérapie. Annales du GLEM. Lyon

Leclerc B (1996) Céphalées et auriculothérapie. Annales du GLEM. Lyon

Leclerc B (1997) Efficacité de l'Auriculothérapie dans les « stérilités » idiopathiques. Annales du GLEM. Lyon

Leclerc B (1998) L'énurésie en pratique journalière sur 17 cas en deux ans. Annales du GLEM. Lyon

Leclerc B (1998) Un point miraculeux contre les ronflements. Annales du GLEM. Lyon

Leclerc B (2000) Cette merveilleuse ligne des sons. Annales du GLEM. Lyon

Leclerc B (2001) Préparation aux examens. Annales du GLEM. Lyon

Leclerc B (2001) Équilibration du système neuro-végétatif. Annales du GLEM. Lyon

Leclerc B (2002) Les rhinites allergiques saisonnières. Annales du GLEM. Lyon

Leclerc B (2005) Utilisation de l'acupuncture auriculaire dans la dépression réactionnelle à un décès familial récent. Actes du IXe Congrès national de la FAFORMEC. Lyon

Lopes CM, Scavone AMP (2006) L'efficacité de l'auriculothérapie dans la dépression nerveuse. Les Actes du Ve Symposium international. Lyon

Magnin P (2002) Maladie asthmatique et chromothérapie. Annales du GLEM. Lyon

Magnin P, Rouxeville Y (2005) Photonothérapie et chromoluminescence contrôlée. Actes du IXe Congrès national de la FAFORMEC. Lyon

Masiliuniene R (2000) Auricular acupuncture in migraine Treatment. Les Actes du IIIe Symposium international. Lyon

Marignan M (2003) Les syndromes posturaux, cause majeure de douleurs de l'axe rachidien ; physiologie et traitement par acupuncture auriculaire. Actes du VIIe Congrès national de la FAFORMEC. Marseille

Matucci C (2006) L'inspection de l'oreille en acupuncture auriculaire : corrélations entre les pigmentations mélaniques et les dysmorphies squelettiques. Les Actes du Ve Symposium international. Lyon

Meas Y (1994) L'analgésie par auriculothérapie et auriculomédecine. Les Actes du Ier Symposium international. Lyon

Meas Y (2000) Apport de l'auriculo-acupuncture dans le traitement de la douleur. Évaluation au centre anti-douleur du CHU de Nantes. Les Actes du IIIe Symposium international. Lyon

Meas Y, Rouxeville Y (2003) Enquête de satisfaction sur les thérapeutiques par acupuncture et par auriculothérapie pour les lombalgies chroniques au Centre d'évaluation et de traitement de la douleur du CHU de Nantes. Résultats pour 114 patients après un an de suivi. Actes du VIIe Congrès national de la FAFORMEC. Marseille

Memain JL (2006) Diagnostic des dysménorrhées et céphalées cataméniales. Les Actes du Ve Symposium international. Lyon

Mingam M, Fenoll B (2006) Apport de l'acupuncture auriculaire dans le traitement des scolioses juvéniles idiopathiques évolutives. Les Actes du Ve Symposium international. Lyon

Nabil E, Chaari H, Farah MA, Trabelsi D *et al.* (2006) Intérêt de l'auriculothérapie dans une clinique de la Sécurité Sociale (Bizerte) en Tunisie. Les Actes du Ve Symposium international. Lyon

Nguyen J, Alimi D (2005) L'acupuncture auriculaire avec des aiguilles semi-permanentes soulage la douleur chez les patients cancéreux. Revue Acupuncture et Moxibustion 4: 144-52

Nogier PFM (1978) Correspondance fréquentielle des points de commande d'acupuncture des méridiens. Maisonneuve, Moulins-lès-Metz - réédité par Sauramps médical, Montpellier

Nogier R (2000) La détection des allergies alimentaires par le VAS. Les Actes du IIIe Symposium international. Lyon

Para F, Debef J (2000) Cervical blockade auriculopressure first AID (340 patients). Les Actes du IIIe Symposium international. Lyon

Para F, Schreiber M, Matulova M (2000) Peripheral palsy of N. facialis – Electrography – Suitable lenght of treatment. Les Actes du IIIe Symposium international. Lyon

Pichard-Léandri E, Brule-Fermand S (1997) Apport de l'auriculothérapie dans les douleurs cancéreuses séquellaires. Annales du GLEM. Lyon

Rouxeville Y (2003) Auriculothérapie et lombalgies : de la recette traditionnelle à l'actuel éventail thérapeutique. Actes du VIIe Congrès national de la FAFORMEC. Marseille

Rouxeville Y (2003) Les traitements utilisés en acupuncture auriculaire. VIIe Congrès national de la FAFORMEC. Marseille

Rouxeville Y (2004) L'auriculothérapie en obstétrique. Actes du VIIIe Congrès national de la FAFORMEC. Strasbourg

Rouxeville Y (2006) Panique, stress, faits de guerre. Auriculothérapie. Cahiers de Biothérapie n° 199. Éditions Similia, Sainte-Foye-lès-Lyon

Sator-Katzenschlager SM, Wolfler MM, Kozek-Langenecker SA *et al.* (2006) Auricular electro-acupuncture as an additional perioperative analgesic method during oocyte aspiration in IVF treatment. Hum Reprod 2006 May 5

Scoppa F, Amabile GA (2006) Postural auricolotherapy. Double blind randomized study about affectiveness of auricular stimulation on postural disorders. Les Actes du Ve Symposium international. Lyon

Shiraishi T (2000) Effects of bilateral acupuncture stimulation on body weight in healthy volunteers and mildly obese patients. Les Actes du IIIe Symposium international. Lyon

Sobetsky V (2000) Tabacism treatment by reflexotherapy. Les Actes du IIIe Symposium international. Lyon

Stephan JM (2004) Désinfection cutanée et acupuncture. Acupuncture & Moxibustion 3: 47-51

Terral C, Rabischong P (1997) A scientific basis for acupuncture? J Alternative Complement Med 3 (suppl.1): 55-65

Trotta P (2003) Acupuncture auriculaire en Équateur. Annales du GLEM. Lyon

Vulliez C (2003) La glossodynie. Annales du GLEM. Lyon

Zutuela C Nuevo punto de auriculoterapia para mejorar la memoria y el aprendizage escolar (2000) Les Actes du IIIe Symposium international. Lyon

Annexes

Rapport sur certaines techniques de soins ne faisant pas partie d'un enseignement organisé au niveau national

Acupuncture, Homéopathie, Médecine Manuelle
(publié avec l'autorisation de la D.G.S. © Maisonneuve, 1984)
Docteur J.E.H. Niboyet
Docteur en droit – Docteur en médecine – Docteur en pharmacie – Docteur ès-sciences de l'Université d'Aix-Marseille.
Expert auprès de l'Organisation mondiale de la santé
Chargé de Mission au ministère de la Santé

Auriculothérapie (pages 27-28)

« Les anciens asiatiques ont déterminé un certain nombre de points cutanés à action physiologique (ou thérapeutique), disséminés pratiquement sur tout l'ensemble du corps. Il semble cependant que ce soit sur le pavillon de l'oreille qu'ils aient le moins découvert. Ils n'en connaissaient et n'utilisaient (comme tout récemment les Chinois) qu'un très petit nombre qui n'étaient pas réunis en un ou des ensembles cohérents.

« C'est le Docteur Paul Nogier de Lyon, qui le premier au monde a découvert une donnée nouvelle concernant l'Acupuncture des points à l'oreille que des millénaires de pratique ininterrompue n'avaient pas pu mettre en évidence. Celle-ci appelée par son créateur « Auriculothérapie » est un apport important d'efficacité et de simplicité. Elle démontre et confirme qu'il n'est pas indispensable de se référer à des théories moyenâgeuses pour la pratiquer.

« Son registre est comparable à celui de l'Acupuncture classique (appelée parfois « corporelle » pour éviter des confusions). Cependant par son extension, elle permettrait aussi d'établir des diagnostics. Il s'agit alors de « l'Auriculomédecine » que nous ne ferons que citer car elle est encore en cours d'expérimentation.

« L'intérêt, l'action clinique, les bases, les problèmes de son exercice sont les mêmes ou très voisins de ceux de l'Acupuncture, ils sont envisagés ensemble. Rappelons seulement ici son origine et ses caractéristiques.

« Par intuition, expérimentation, pratique de la Médecine Manuelle, le Docteur Paul NOGIER a constaté, pour la première fois en 1952, qu'en piquant avec une aiguille un point précis de l'oreille (au voisinage de la base de la fossette naviculaire) on soulageait, souvent sur-le-champ, un lumbago dont l'origine siégeait sur ou au voisinage de la cinquième vertèbre lombaire. Il supputa que ce point devait correspondre dans le corps à cette zone. Poursuivant ses recherches et expérimentations, il

constata que d'autres points précis du pavillon semblaient correspondre à d'autres parties bien définies du corps. Il a pu ainsi constater qu'en provoquant une « douleur » (ainsi en fixant durement une pince sur le médius), on provoquait la naissance d'une très petite zone douloureuse à la pression, qui n'existait pas auparavant, en un point précis de l'oreille et que son excitation par une aiguille soulageait la douleur provoquée.

« Cette technique, et d'autres procédés, ont permis de dresser une véritable cartographie du pavillon que l'on peut comparer, de très loin, avec les aires et zones cérébrales. On obtient ainsi l'image de la projection somatotopique du corps humain sur l'oreille qui ressemble à celle d'un fœtus renversé.

« Actuellement, des cartes très précises et complètes, reprises et contrôlées en France et en Chine, permettent dans certaines circonstances, par excitation des points correspondants, des résultats intéressants.

« Cette technique d'une remarquable simplicité et efficacité qui pourrait être une aide considérable, non seulement pour les acupuncteurs mais aussi pour tous les médecins généralistes, en particulier dans le traitement des algies, a été longue à se répandre en France, puis en Europe, où elle est cependant maintenant très largement diffusée. Par contre, c'est en République Populaire de Chine qu'elle a connu son premier essor. Elle y a été connue par l'intermédiaire des Japonais traduisant des articles de revues médicales allemandes traitant de l'Auriculothérapie. Elle connaît actuellement en Chine une diffusion explosive. On trouve partout des oreilles en matière plastique portant la trace des points et permettant même aux médecins aux pieds nus, de pratiquer cette méthode. Déjà lors d'un voyage en 1972, on nous disait à Shanghai : « Tous les jours des milliers de praticiens pratiquent l'Auriculothérapie sur leurs concitoyens, pour le plus grand bien de la santé publique ».

Organisation mondiale de la santé Réunion du groupe de travail sur la nomenclature des points d'acupuncture auriculaire (Lyon, France, 29-30 novembre 1990)

Allocution du Docteur Hiroshi Nakajima, Directeur général de l'Organisation mondiale de la santé

« Monsieur le Président, Monsieur Nogier, Mesdames et Messieurs les membres du Groupe de travail,

« Je tiens tout d'abord à vous dire combien de regrette de n'avoir pu assister hier à l'ouverture de cette réunion et combien je suis heureux de me trouver parmi vous aujourd'hui.

« Je voudrais ensuite remercier la Ville de Lyon et son Maire, Monsieur Michel Noir, du remarquable accueil réservé à l'Organisation mondiale de la santé, honorée de se réunir en un site si prestigieux et d'une telle richesse culturelle.

« Enfin, j'adresse mes sincères remerciements au Groupe Lyonnais d'Études Médicales pour le généreux don de 100 000 francs qui a servi à organiser la réunion de ce groupe de travail sur l'acupuncture auriculaire.

« Les efforts de l'Organisation mondiale de la santé pour normaliser les points d'acupuncture auriculaire remontent, vous le savez, aux délibérations du troisième groupe de travail sur la normalisation des points d'acupuncture, qui s'est réuni à Séoul en 1987. De tous les microsystèmes d'acupuncture, l'acupuncture auriculaire est probablement le plus élaboré et le mieux documenté scientifiquement ; il est aussi le plus pratique et le plus répandu. Si l'acupuncture auriculaire est mentionnée ça et là dans certains classiques chinois d'acupuncture, il n'existe aucun traité approfondi ou de grande envergure sur ce sujet. De toute évidence, elle ne figurait pas dans le cadre normal de l'acupuncture classique. Contrairement à l'acupuncture classique, presque entièrement issue de la Chine ancienne, l'acupuncture auriculaire est, pour une large part, d'origine plus récente et elle a bénéficié d'un important apport occidental.

« C'est la raison pour laquelle nous avons le privilège d'avoir parmi nous aujourd'hui le Docteur Paul Nogier. Comme vous le savez tous, le Docteur Nogier a consacré une grande partie de sa carrière à l'étude et à l'utilisation de l'acupuncture en Europe, et en particulier à la théorie et à l'application clinique de l'auriculothérapie.

« Son hypothèse, selon laquelle il existerait une correspondance entre la position du fœtus et l'oreille de l'adulte, a contribué à la mise au point de l'acupuncture auriculaire, puis de la médecins auriculaire.

« De nombreuses planches, basées pour la plupart sur sa cartographie de l'oreille, ont été publiées dans le monde. Si elles se distinguent plus ou moins les unes des autres, elles s'appuient toutes sur la même configuration fœtale décrite par le Docteur Nogier.

« L'OMS a l'intention de promouvoir et de recommander une nomenclature normalisée complète des points d'acupuncture auriculaire à usage international. Cela devrait faciliter les recherches sur l'auriculothérapie en permettant la multiplication des études scientifiques et la comparabilité des résultats des recherches.

« En conclusion, je voudrais rendre hommage ici au Docteur Paul Nogier, lyonnais distingué, envers qui la médecine moderne a une grande dette d'honneur.

« Je vous remercie. »

Organisation mondiale de la santé Réunion du groupe de travail sur la nomenclature des points d'acupuncture auriculaire (28 novembre 1990)

Allocution du Docteur Paul Nogier

« Monsieur le Directeur, mes chers Confrères, Mesdames, Messieurs,

« Il est rare d'avoir la possibilité de s'exprimer devant un aussi brillant auditoire, et je remercie l'Organisation mondiale de la santé et ses distingués représentants de cet accueil qui m'honore.

« Cette session de travail pour la nomenclature de l'acupuncture auriculaire qui nous réunit tous aujourd'hui m'autorise un retour en arrière dans ma carrière médicale.

« Depuis plus de 50 ans, je pratique la médecine, et cette expérience m'a permis d'observer beaucoup de changements dans ce secteur.

« Au début, j'ai été formé par des maîtres qui passaient le meilleur de leur temps à interroger leurs malades, à les observer, à les palper, les ausculter pour aboutir à un diagnostic et un traitement. Tout l'examen ou presque se passait au lit même du patient et les examens de laboratoire étaient rares comme les investigations radiologiques.

« Avec les années, les mutations profondes de la science ont donné la priorité à toutes les investigations techniques que nous connaissons en Occident. Le malade est examiné surtout dans les laboratoires spécialisés, en clinique, à l'hôpital.

« En face des innombrables procédés de recherches, l'examen tel qu'il était pratiqué autrefois passe souvent au second plan.

« Le médecin n'a plus confiance dans son propre jugement et le malade finit par être assimilé à des chiffres, des mesures, des images.

« Cet enrichissement des techniques est certes positif et j'aurais mauvaise grâce de ne pas le constater, mais les résultats obtenus le sont au prix de sacrifices budgétaires considérables à la seule portée des pays riches.

« Cette nouvelle conception de la médecine plus scientifique prive trop souvent le malade d'un contact humain, pourtant nécessaire si l'on veut que le patient comprenne le point de vue de son médecin et applique les conseils qui lui sont donnés.

« Malgré la publicité qui s'attache aux découvertes médicales et à ses résultats prestigieux, on voit apparaître dans la clientèle de nos pays un besoin de revenir à des méthodes thérapeutiques plus simples.

« Depuis quelques temps on entend parler souvent de médecines naturelles, on fait appel à l'hygiène, aux techniques d'origine Extrême Orientale et l'acupuncture est de plus en plus en faveur.

« Si nos pays riches sont tentés par des médecines « naturelles », à plus forte raison les pays dont les moyens ne permettent pas l'emploi de techniques avancées.

« Il y a donc, à l'évidence, la place dans le monde pour des méthodes simples et économiques, et nous l'avons bien vu ces dernières années en Chine lorsque fleurissait l'auriculothérapie des « médecins aux pieds nus ».

« Le travail de nomenclature que vous préparez vient à point pour la période de démographie galopante que nous vivons. Vous préparez pour le tiers monde une médecine d'appoint capable de soulager toujours et de guérir souvent.

« Les résultats sont d'autant plus positifs que ceux qui en sont les bénéficiaires sont moins intoxiqués que nous ne le sommes nous mêmes par la vie moderne.

« Nous savons, puisqu'il s'agit d'acupuncture auriculaire, que les travaux de J.E.H. Niboyet ont permis de prouver que les points d'oreille, comme les points d'acupuncture, pouvaient être détectés électriquement.

« Nous savons aussi par les travaux Russes du Professeur Durinyan que le pavillon d'oreille, par ses courtes liaisons nerveuses avec le cerveau, permet des actions thérapeutiques autrement inexplicables.

« On comprend que pour ces raison scientifiques, et beaucoup d'autres, vous vous penchiez sur la nomenclature des points d'oreille. L'heure est venue d'identifier chaque localisation réflexe importante du pavillon, et je sais que certains d'entre vous s'y emploient.

« Cette identification me paraît fondamentale. Elle est nécessaire pour qu'il puisse y avoir, dans tous les pays, un langage commun pour la reconnaissance des points.

« C'est aussi l'étape nécessaire pour un enseignement universitaire indispensable.

« Cet enseignement doit se doubler d'un centre de recherche afin d'identifier l'action réflexe de chaque point important.

« Pour conclure, je dirais volontiers qu'à la suite de vos travaux l'acupuncture auriculaire commence aujourd'hui une destinée pleine d'avenir.

« Sans attendre le résultat des recherches que nous souhaitons tous, votre travail me paraît être dans le sens d'un meilleur humanisme, et je suis convaincu qu'il permettra bientôt la guérison et le réconfort de ceux qui jusqu'alors avaient perdu l'espoir d'être soulagés. »

Compte rendu du Premier Symposium International d'Auriculothérapie et d'Auriculomédecine

(paru dans le N° 3/94 de la revue Asclepios, éditions Haug International, Bruxelles)

« Les 27-28-29 mai 1994, dans la ville de Lyon, berceau de l'auriculothérapie, s'est tenu ce Symposium qui a regroupé plus de trois cents médecins, dentistes et vétérinaires, venus d'une trentaine de pays.

« J'ai vécu ces journées comme un très fort moment de ma vie professionnelle, car je pratique ces méthodes depuis plus de vingt ans. Mon émotion était comparable à celle ressentie lors de la réunion du Groupe de Travail de l'OMS à Lyon en novembre 1990.

« La présence physique du Dr Paul Nogier, créateur de l'auriculothérapie et de l'auriculomédecine, fut un réconfort moral intense pour tous les praticiens, chercheurs et enseignants présents.

« Le GLEM a parfaitement réussi cette manifestation dont la qualité permet de répondre dignement aux éventuels adversaires. La présence du Dr O.Akerele (ancien diplomate de l'OMS), du Pr W. Bismuth (directeur de recherche CNRS à Marseille), et d'un Comité d'Honneur comportant des sommités mondiales, ont largement facilité la tâche des principaux organisateurs : le Dr Ch. Vulliez (Présidente du GLEM), le Dr Raphaël Nogier, épaulé par la présence de ses élèves étrangers, et le Dr M. Marignan, toujours aussi discret et attentif.

« Comme l'avait souhaité le Dr R. Nogier, instigateur de ce Symposium il y a près de trois ans, la rigueur et la nouveauté étaient là.

« Les conférenciers, sur des travaux de recherche fondamentale, ont clairement défini l'apport de la recherche universitaire à l'auriculothérapie : celle du Pr J. Bossy sur l'innervation de l'oreille, et celle du Dr C. Terral en histologie.

« En ce qui concerne l'auriculomédecine, basée sur le VAS avec son côté subjectif, ce fut un réconfort d'entendre les communications des Dr Ch. Vulliez (enregistrements en double aveugle) et du Dr M. Marignan (Attaché Scientifique au CNRS) sur son travail en télé thermographie. En effet, ressentir une perception est un fait appréciable, surtout si cela permet de soulager des malades. Mais objectiver cette sensation de façon indubitable, soit par des mesures en double aveugle, soit à l'aide d'un matériel de recherche sophistiqué, lui donne une valeur scientifique.

« Les exposés étaient d'un niveau élevé, et des travaux en cours aboutiront probablement à des résultats intéressants.

« Il a été permis d'écouter des exposés pratiques comme des points de vue personnels. Chaque orateur exprimant sa propre sensibilité, nous avons noté des approches parfaitement intéressantes en anesthésiologie, en obstétrique, en cancérologie, mais aussi en médecine traditionnelle chinoise, en homéopathie, en neuralthérapie, en médecine holistique, etc.

« L'humour du Dr A. de Sousa a été apprécié. Par contre, un flirt assez poussé entre l'auriculomédecine et la radiesthésie n'a engagé que son auteur.

« Fait assez rare en ce type de réunions, tout s'est passé avec une grande convivialité et le plus grand respect de l'opinion des autres. Seul un orateur a été convié à plus de modération en raison de ses propos peu pacifistes et qui m'ont stupéfié.

« Au plan des différentes nationalités représentées, j'ai été particulièrement impressionné, non pas par la puissance de l'école allemande, ni par la qualité des Nord-Américains, mais par la valeur des orateurs d'Amérique Latine (le prochain Symposium se tiendra au Brésil en 1997) et surtout par la venue de représentants d'écoles d'Europe de l'Est (le Dr Para, distingué neurologue tchèque, et surtout de l'ex-URSS : deux Sibériennes et d'autre par le Pr Timochevski (de Tachkent) qui ont obtenu à temps leur visa de sortie du territoire. Ce qui ne fut pas le cas d'une autre école russe qui n'a pu rallier Lyon qu'à la mi-juin, soit trois semaines après la date des travaux !

« Qui dit Congrès ou Symposium, conduit à penser aux « couloirs », aux festivités et aux récompenses. Il était parfaitement possible de s'entretenir avec des praticiens renommés au plan mondial tels les Drs. F. Bahr, T. Oleson ou M. Sanchez. Mais le grand nombre de stands d'exposants : fabriquant de matériel spécifique, laboratoires pharmaceutiques de valeur, librairie et maisons d'éditions, laissaient peu de temps libre au cours des pauses.

« La réception dans la salle d'apparat de l'Hôtel de Ville de Lyon fut un grand moment de détente, où il fut agréable d'entendre les mots justes et courageux d'un élu local estimant que sa ville pouvait s'enorgueillir du fait que, de son vivant, le Dr Paul Nogier fait partie des médecins lyonnais célèbres au plan mondial, comme le furent entre autres Alexis Carrel (Prix Nobel) et Pravaz (inventeur de la seringue).

« Après cette réception officielle, nous avons apprécié la fraîcheur d'une grande cave du Beaujolais. Puis au cours de la soirée de gala de cet inoubliable samedi 28, ont été remis les prix décernés par le Comité Scientifique et qui ont récompensé d'une part l'équipe du Dr A. Coutté (« Auriculothérapie et maladie de Gougerot-Sjögren », d'autre part le Pr S. Timochevski et son équipe de Tachkent (« l'ordinateur et le système ACUS dans l'aide au diagnostic auriculaire »). Le Comité Scientifique a tenu à exprimer ses félicitations au Dr T. Shiraishi du Japon (« l'étude de l'effet de l'auriculothérapie sur l'activité de l'hypothalamus du rat normal et obèse »), ainsi qu'au Dr M. LeBel (USA) pour « l'apport de l'auriculomédecine dans l'identification des allergies alimentaires ».

« Etait-il possible de quitter le Symposium en oubliant la voix du Dr F. Petitjean, tête de file du Cours Supérieur du Dr Paul Nogier, qui a brossé le « coup d'éventail sur l'auriculomédecine » ?

« Et un mois après, je pense à l'humilité du Dr Paul Nogier nous disant : « *je creuse mon sillon sans m'occuper du reste* ». Sa destinée de chercheur infatigable l'a conduit à créer et à léguer de son vivant aux médecins et aux malades du monde entier des techniques médicales de grande valeur, en cours de codification. S'agit-il d'un héritage, d'un bien commun, d'un patrimoine ?

« Décidément, le Symposium de Lyon est un bien grand souvenir… »

Dr Y. Rouxeville (France)

Résultats du dossier d'évaluation de l'Anaes sur l'acupuncture avec les avis rendus par l'Anaes de 2000 à Juin 2004

Évaluation par appareils et pathologies

Pathologies fonctionnelles uro-génitales

Avis favorable avec recommandations particulières : formation spécifique (DIU d'acupuncture)

Commentaires aux recommandations particulières pour l'énurésie (traitement d'appoint, alternative acceptable ou faisant partie d'un programme de prise en charge globale)

Syndromes anxio-dépressifs

Avis favorable avec recommandations particulières : formation spécifique (DIU d'acupuncture)

Commentaire : dans les pathologies psychotiques, l'acupuncture devrait être considérée comme une thérapeutique complémentaire

Commentaires aux recommandations particulières pour syndrome anxio-dépressif (comme traitement d'appoint, alternative acceptable ou faisant partie d'un programme de prise en charge globale)

Aide à la récupération neuro-motrice

Avis favorable avec recommandations particulières : indications spécifiques ou résiduelles :

– Récupération post-AVC : comme traitement d'appoint, alternative acceptable ou faisant partie d'un programme de prise en charge globale
– Paralysies faciales a frigore : l'acupuncture peut être utilisée en première intention (accélère la récupération)
– Formation spécifique (DIU d'acupuncture), recueil prospectif de données et réévaluation dans 5 ans : récupération post-AVC.

Commentaires aux recommandations particulières pour récupération neuromotrice post accident vasculaire cérébral, paralysie faciale (traitement d'appoint, alternative acceptable ou faisant partie d'un programme de prise en charge globale)

Affections à composante allergique

Avis favorable avec recommandations particulières : indications spécifiques ou résiduelles :
- Asthme : comme traitement d'appoint chez un patient traité et éduqué selon les recommandations internationales, il est souhaitable de diffuser ces recommandations
- Rhinite : l'acupuncture peut être utilisée comme traitement de première intention
- Formation spécifique (DIU d'acupuncture), recueil prospectif de données et réévaluation dans 5 ans pour l'asthme

Pathologies fonctionnelles digestives

Commentaires aux recommandations particulières dans le traitement des nausées et vomissements : curatif postopératoire (traitement de seconde intention), préventif postopératoire chez l'adulte, induit par la chimiothérapie (traitement de seconde intention), gravidique.

Douleur

Commentaires aux recommandations particulières dans le traitement à visée antalgique : comme traitement adjuvant

Dans les conduites addictives

Commentaires aux recommandations particulières dans les conduites addictives :
- Tabagisme (en début de sevrage)
- Alcoolisme (comme traitement adjuvant)
- Toxicomanie (comme traitement adjuvant, héroïnomanie exclue)

Avis de l'Anaes sur l'inscription d'un acte à la CCAM

Basé sur des données scientifiques, des comparaisons internationales et l'avis de professionnels de santé :

Classement hiérarchique : 17.01
Code CCAM : ANRB001, AZRB001, AZRB002, NC1, NC2, NC3, NC4

Libellé CCAM actuel

Séance d'acupuncture à visée antalgique, acupuncture dans les conduites addictives, acupuncture dans les pathologies fonctionnelles digestives, acupuncture dans les pathologies fonctionnelles uro-génitales, acupuncture dans les syndromes anxio-

dépressifs, acupuncture dans l'aide à la récupération neuro-motrice, acupuncture dans les affections à composante allergique

Libellé proposé par l'Anaes

Séance d'acupuncture

Formation spécifique

Il existe un DIU d'acupuncture

Réévaluation dans 5 ans

Pour acquérir plus de données d'efficacité sauf pour le traitement curatif ou préventif des nausées et vomissements post-opératoires et le traitement des nausées et vomissements gravidiques (niveau de preuve suffisant) ; la réévaluation portera sur le niveau de preuve et pas sur l'acte.

Information sur l'auriculothérapie

La réflexothérapie consiste à soigner un malade par l'activation des centres nerveux. Elle peut être faite à partir de la peau du malade.

L'acupuncture, médecine traditionnelle pratiquée en Chine depuis des milliers d'années, en représente une des modalités, mais non la seule.

L'acupuncture auriculaire consiste à traiter différentes affections par la puncture ou autres stimulations de points déterminés du pavillon de l'oreille.

L'auriculothérapie a été découverte par le Dr Paul Nogier (Lyon). C'est la conception occidentale de l'acupuncture auriculaire.

Les traitements par auriculothérapie sont pratiqués après un diagnostic médical. Ils font appel à des aiguilles stériles à usage unique de divers types (la classique aiguille d'acupuncture posée quelques minutes, l'aiguille semi-permanente posée pendant quelques jours à semaines). Des micro impulsions électriques peuvent aussi être pratiquées. Les traitements peuvent également être faits à l'aide d'aimants de divers types, ou de fréquences infrarouges portées par Laser.

La détection des points peut être faite par un dispositif électronique adapté ou par une évaluation clinique (inspection visuelle, palpation, variations du pouls radial, …).

Les résultats sont généralement favorables , notamment quand les troubles relèvent des indications reconnues de l'Acupuncture : douleurs, addiction au tabac, syndrome anxio-dépressif, pathologies fonctionnelles digestives, affections à composante allergique, aide à la récupération motrice (données de l'HAS, la Haute Autorité de Santé).

L'Auriculothérapie peut être utilisée avec efficacité dans tous les troubles fonctionnels, dans la partie fonctionnelle des troubles organiques, et en complément des traitements classiques dans de nombreuses maladies.

Ce qui peut se produire de façon courante :

– L'aiguille peut faire mal. Les autres traitements sont indolores.
– Un saignement peut se manifester en retirant l'aiguille.
– Des symptômes banals peuvent être notés dans les jours suivant la séance, comme en acupuncture.
– Une exacerbation des symptômes est possible dans les jours suivant, selon la réactivité du malade et selon les pathologies présentées.

Des effets secondaires non souhaitables sont cependant possibles. La Loi impose de les signaler bien qu'ils soient rares voire exceptionnels :

– Quelques cas d'infections générales ont été décrits, sans que les soins par Auriculothérapie aient pu être incriminés avec certitude.
– Des suppurations locales ont été notées et ne sont pas rapportées en cas d'utilisation de dispositif médical stérile à usage unique.
– Très exceptionnellement, une inflammation du cartilage a été observée.
– Chez les épileptiques l'utilisation de l'aiguille sera prudente, comme en acupuncture.

« Pour une information loyale, claire et appropriée »

Consensus Européen établi au Symposium international de Lyon, le 5 octobre 2006

Extraits de préfaces écrites par des Universitaires, relatives à l'auriculothérapie et aux auteurs de cet ouvrage

Traité d'auriculothérapie (P.F.M. Nogier) 1969

« Il est, certes, difficile pour un esprit pétri de rationalisme scientifique de concevoir qu'une action sur le pavillon de l'oreille puisse entraîner la cessation immédiate et souvent définitive de douleurs diverses, telles qu'en particulier, une sciatique. Et pourtant tout est parti de là. [...]

« Il a fallu toute l'intelligence et l'enthousiasme de notre ami le Docteur Nogier, pour que ce simple fait d'observation devienne, à la suite de multiples expériences continuées sans relâche, cette très originale méthode thérapeutique, dont il a rassemblé dans ce livre les éléments essentiels. Toutefois, si l'auteur peut revendiquer sans aucun doute la paternité exclusive de cette auriculothérapie, ses observations et ses résultats ont été corroborés par les membres du groupe lyonnais d'études médicales, aux destinées duquel il préside. De telle façon qu'un véritable travail d'équipe s'est établi, donnant ainsi s'il en était besoin, du poids à l'ouvrage. [...]

« Nombre de points restent obscurs et nous ne saurions prendre position sur certains faits qui nous semblent actuellement inexplicables. Ceci ne saurait, évidemment, condamner cette méthode, tant il est vrai que l'art de guérir doit bien souvent se contenter de résultats satisfaisants pour le malade, en laissant à d'autres le soin d'approfondir le mécanisme. Il n'y a évidemment pas de mystère en biologie, si l'on entend par là que certains phénomènes de la vie pourraient dépasser de façon irrémédiable les possibilités de la raison humaine. Il n'y a que des ignorances que le travail et les progrès de nos méthodes d'investigation permettront d'inscrire un jour, au capital de nos connaissances. [...]

« On peut dire, tout d'abord, que cette originale méthode entre, pour une part, dans le cadre des réflexothérapies. Une action localisée à un territoire préférentiel entraîne la rupture d'un circuit parasite et fait disparaître l'élément perturbant. [...]

« Deux points, cependant, méritent d'être expliqués, qui sont liés l'un à l'autre : l'inscription auriculaire d'un phénomène somatique ou viscéral sous forme d'une modification localisée de la réception des stimuli et la somatotopie, aboutissant à cette cartographie décrite par l'auteur. [...]

« Aussi peut-on concevoir qu'une excitation judicieusement choisie et localisée dans ces territoires puisse entraîner la rupture d'un circuit « installé », véritable bouclage parasite à partir d'un signal douleur. Ce mécanisme peut s'envisager tant pour les manifestations douloureuses somatiques que pour certaines perturbations fonctionnelles viscérales, représentant une contre réaction parasite identique à un phénomène douloureux chronique. [...]

« Nous savons bien cependant que ce sont là des hypothèses de travail, qui ne cherchent pas et ne peuvent pas, d'emblée, emporter une conviction rebelle. […]

L'avenir, nous l'espérons, y trouvera, pour les théoriciens sceptiques et pour les autres, une juste explication. »

Professeur P. Rabischong,
Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Montpellier, Biologiste des Hôpitaux

Introduction pratique à l'auriculothérapie (P.F.M. Nogier) 1977

« Cela pourrait paraître curieux sinon étrange qu'aujourd'hui, en 1976, à l'aube du XXIe siècle, on puisse s'intéresser à une thérapeutique aussi singulière que l'auriculothérapie. […]

« La médecine contemporaine est parvenue au maximum de son éclat. […]

« Et pourtant, jamais les hommes de science et les médecins authentiques ne se sont autant interrogés, n'ont aussi scrupuleusement remis en question la certitude de leur démarche rationnelle et la qualité d'absolu de leur positivisme…

« Voilà pourquoi, un médecin, de formation scientifique, passionné de l'homme, mais chercheur-né parce que insatisfait d'arrêter sa quête de précisions et de perspectives nouvelles, a ouvert patiemment une nouvelle thérapeutique, l'auriculothérapie. […]

Il s'est tourné vers l'insolite, mais aussi vers la certitude que portent en eux des siècles de connaissances et de pratiques.

« À partir d'une science différente et infiniment plus ancienne que la nôtre, mais également respectable, il a pu, grâce à son souci de rigueur et sa recherche de la qualité, mettre en œuvre une méthode qui n'est ni une transcription, ni une adaptation d'une technique ancienne. […]

« Il est difficile, à moins de mauvaise foi, de ne pas consigner avec objectivité la qualité curative de ses techniques. Il n'est pas nécessaire de devenir un prosélyte de sa manière; il s'agit simplement d'être sincère et intelligent; accepter de voir et d'observer, essayer de comprendre, considérer l'évidence sans hostilité. […] »

Recteur Pierre Magnin,
Professeur à la Faculté de Médecine

Éléments d'auriculothérapie (R.J. Bourdiol) 1980

« […] En effet, le repérage des points actifs, toujours contrebalancés par le point symétrique sur l'autre oreille et dont la piqûre annule les effets de la piqûre du premier (sauf sur un point sans antagoniste, chez la femme) dessine un fœtus lové sur le pavillon, comme il l'est dans l'utérus. La somatotopie affecte la même disposition que sur les frontales ascendantes. […]

« Il ne reste qu'un souhait à formuler. Pourquoi l'acupuncture, et en particulier l'auriculothérapie (d'origine française), appelée désormais dans de nombreux services hospitaliers parisiens n'a-t-elle pas encore droit à un enseignement officiel, mais seulement parfois, à des opinions très officieuses ? »

Professeur J.A. Bègue,
Professeur à la Faculté Xavier Bichat

De l'auriculothérapie à l'auriculomédecine (P.F.M. Nogier) 1981

« […] En effet, après une première période qui fut celle de l'approche empirique, Nogier réalisa une construction logique et systématique de la somatotopie de l'oreille. L'auriculothérapie était née, solide, évidente. Un ouvrage, des documents, des revues et des articles couronnèrent cette phase d'investigation thérapeutique.

« La perception d'un monde insolite et nouveau de réponse, voire d'accompagnement de la sollicitation tégumentaire et pavillonnaire aussi bien que de l'information de retour, introduisit dans le contexte de ce qui fut d'abord appelé « *Réflexe auriculo-cardiaque* ». Ce phénomène, mal identifié, semblait davantage relever d'une réactivité générale de caractère neuro végétatif vraisemblablement central. Je conseillai donc à P. Nogier d'adopter le sigle actuel de V.A.S. qui correspond mieux à ce genre de signal. Son secret n'était pas levé pour autant et le fait demeurait subjectif et d'interprétation aléatoire. […]

« Il couvre ainsi un vaste champ de travail et de recherche pour l'élaboration d'une médecine enrichie de l'approfondissement qualitatif du diagnostic autant que par la nouveauté et l'accroissement des moyens thérapeutiques. L'auriculomédecine peut en effet laisser espérer la rééquilibration de l'organisme perturbé par l'harmonisation fonctionnelle et la normalisation neuro végétative. […]

« Il est certes évident que l'état de la question est actuel et transitoire car il n'est rien de figé dans le domaine scientifique. […]

« La mesquinerie, l'étroitesse d'esprit, la restriction mentale pourraient conduire certains à condamner Paul Nogier pour avoir osé livrer une expression de la médecine en avant-garde de sa justification scientifique. Mais par delà les détracteurs

demeurent tous ceux qui s'interrogent, soucieux qu'ils sont de guérir mieux ou de savoir davantage. Pour eux, Paul Nogier aura fait oeuvre utile. [...]

« Cet homme seul aura ainsi contribué par son courage tranquille, grâce à ce don rare de l'investigation, qu'il possède au plus haut point et en fonction d'une merveilleuse intelligence et d'une exceptionnelle générosité humaine à la qualité et à la présence de la médecine française. »

Professeur Pierre Magnin,
Doyen honoraire, Ancien Recteur-Chancelier

Bases neurobiologiques des réfléxothérapies (J. Bossy) 1984

Professeur d'anatomie à la Faculté de Médecine de Montpellier-Nîmes

« La réflexothérapie consiste à rechercher la guérison d'une maladie par l'excitation des centres nerveux.

« L'acupuncture qui en représente la principale modalité mais non la seule, est pratiquée en Chine depuis des millénaires, [...]

« Jusqu'à présent, la réflexothérapie n'a rencontré qu'un accueil sceptique auprès de la médecine traditionnelle. [...]

« On ne peut qu'adhérer aux conclusions de l'auteur lorsqu'il déclare avec beaucoup de sens clinique que « *l'esprit de ces techniques fait appel à l'unicité de l'organisme* » et lorsqu'il souhaite que « *l'analyse et la dissection qui en sont faites pour leur compréhension ne fassent pas passer , dans leur application, le symptôme avant le malade* ». Le grand danger de toute thérapeutique n'est-il pas d'être appliquée sans discernement, voire sans diagnostic préalable et en l'absence d'une parfaite connaissance des fondements médicaux ; on ne saurait trop mettre en garde contre les excès et les abus d'une « *médecine parallèle* » dont nous voyons fréquemment les conséquences désastreuses; à l'inverse, il serait sot de nier certains résultats, à tous égards étonnants, obtenus, en des mains qualifiées, par la réflexothérapie. [...]

« Bien des questions demeurent évidemment encore sans réponse, en particulier celles concernant les vecteurs biochimiques, support de l'« *énergie* » canalisée par la réflexothérapie; on ne peut s'empêcher d'établir une corrélation avec les neurotransmetteurs [...] »

Professeur René Labauge

La grande aventure du terme médical (J. Bossy) 1999

Professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier-Nîmes

« Le Professeur J. Bossy donne à la médecine française un ouvrage fondamental qui fait une description complète du vocabulaire médical de notre fin de siècle. Il décompose avec adresse et sans pédanterie une terminologie complexe qui s'est élaborée au cours des deux millénaires. […]

« J. Bossy a su simplifier cette complexité, en la rendant claire, en la simplifiant, en l'ordonnant, en décomposant chaque vocable dans ses éléments constituants, chacun d'eux étant expliqué. […]

« Le vocabulaire n'est pas l'unique élément d'une langue; il s'associe à une grammaire, à une syntaxe, à un mode d'expression et d'exposition des idées qui s'intriquent les unes dans les autres pour s'influencer l'un l'autre, mais le vocabulaire reste le fondement sans lequel la communication scientifique ne pourrait pas se faire. […]

« Évitons les risques de confusion et de querelle en parlant médecine. […]

« J. Bossy a justement mis l'accent sur ces deux travers du langage médical. Il ne pouvait pas y porter remède, ce n'était pas son rôle […] »

Professeur J.C. Sournia,
Membre de l'Académie de Médecine
et du Conseil International de la langue française

Acupuncture auriculaire personnalisée (Y. Rouxeville) 2000

« […] Yves Rouxeville est donc parvenu tout au long de ce livre à ce que le lecteur ne puisse jamais perdre le fil conducteur, la référence à la démarche fondamentale de Paul Nogier.

« Ainsi a t'il su éviter la facilité du piège des « *recettes* » que l'on aligne sans souci discriminatif, en inscrivant le « *savoir-faire* » et le « *comment-faire* » dans une inscription historique de la récapitulation des méthodes et des techniques éprouvées par Paul Nogier et proposées par lui au cours des années de progression et d'avancée dans la maîtrise de sa discipline. […]

« Personne ne pourra, au terme de sa lecture, accuser l'auteur d'une quelconque tentative de manipulation ou d'influence pas plus que d'information pervertie en terme de preuve ou de clarté scientifique. […]

« L'ouvrage qu'il s'est donné mission d'écrire est à la mesure du génie de Paul Nogier. Il y manifeste un réel talent de pédagogue […] »

Recteur Pierre Magnin,
ex-Chef de Service en CHRU,
Professeur émérite, Doyen Honoraire

Auriculothérapie appliquée à l'art dentaire (C. Vulliez) 2000

« […] C'est avec simplicité mais brio qu'elle nous révèle la richesse et la complexité de l'Organe Ostéo-Gingivo-Dentaire. Elle nous expose dans cet ouvrage avec une clarté et une précision qu'il convient de souligner, les rapports étroits et privilégiés de cet organe avec le pavillon de l'oreille comme avec les autres organes référés à son fonctionnement. […]

« Ajouter aux méthodes diagnostiques et aux ressources thérapeutiques actuelles l'usage de l'exploration et de l'Acupuncture auriculaire en faisait d'emblée des facteurs multiplicateurs d'efficience d'information et de succès thérapeutique. […]

« C'est qu'en effet, elle ne montre pas: elle démontre un autre versant de la vérité scientifique en l'inscrivant dans une incontestable construction logique anatomique, physiologique et clinique. […]

« Il s'agit donc d'un ouvrage essentiel à la compréhension et à l'usage de l'Acupuncture auriculaire comme méthode d'examen et de soins au bénéfice du patient. […] »

Professeur Pierre Magnin,
Ancien Recteur de la Faculté de Médecine de Besançon,
ex-Chef de Service de CHRU,
Professeur émérite, Doyen honoraire

Ce qui marche, ce qui ne marche pas en auriculothérapie (Y. Meas, Y. Rouxeville) 2004

« […] Des acquis insuffisants ou mal assimilés peuvent constituer un danger potentiel du fait de diagnostics erronés à l'origine de traitements inadaptés, voire nuisibles aux patients.

« Les auteurs de ce précis, praticiens de haut niveau dans leur discipline, ont su expliquer en termes simples ce qu'est cette variété d'acupuncture qu'est l'auriculothérapie, découverte par un Français, le Dr Nogier. Même s'il persiste encore des interrogations sans réponse, ils ont tenté d'expliquer les résultats obtenus à la lumière des données modernes de la neurophysiologie, en s'appuyant particulièrement sur les travaux du Pr J. Bossy qui fait autorité en ce domaine. […]

« Son enseignement doit, de ce fait, être validé par les facultés de médecine. […]

Chaque jour, dans notre centre de la douleur, nous en constatons les effets bénéfiques. […] »

Professeur Youenn Lajat,
Chef de service de neurochirurgie,
Responsable du CETD (centre antidouleur)
au CHU de Nantes,
Coordonnateur national du DIU d'acupuncture,
Directeur de l'enseignement Capacité Douleur
et DIU d'acupuncture à la Faculté de Médecine de Nantes

Courrier envoyé à l'Ambassadeur de Chine à Paris, le 26 Juin 2006

Monsieur l'Ambassadeur,
Son Excellence,

Titulaire du D.I.U d'acupuncture et enseignant à la Faculté de Médecine de Nantes, j'ai en charge la rédaction de plusieurs chapitres concernant l'auriculopuncture faisant partie d'un ouvrage consacré à l'auriculothérapie pratiquée en Chine. Les chapitres concernent ces deux approches : l'Auriculothérapie en Occident, l'Auriculopuncture en Chine.

Le Professeur Lajat, Président et coordinateur national du DIU d' Acupuncture en France, préfacera ce livre.

L'auriculopuncture est pratiquée conjointement à la médecine occidentale dans les hôpitaux et les cliniques privées de la Chine.

A ma connaissance la Chine soutient ce développement par diverses structures, en particulier la WFAS (World Fédération of Acupuncture and moxibustion Societies).

Cependant il semblerait que cette pratique traditionnelle ne représenterait qu'un certain pourcentage des actes médicaux réalisés en Chine ce qui limite considérablement l'accès à toute information fiable dans ce domaine.

Ne pouvant me permettre d'intervenir sans renseignements exhaustifs dans un ouvrage qui fera référence, je vous demande de bien vouloir me communiquer tous éléments me permettant d'actualiser mes connaissances sur la pratique de l'auriculopuncture en Chine.

Je vous serais très reconnaissant et je vous remercie d'avance de bien vouloir répondre s'il vous plait aux questions suivantes :

- *Situation de l'Auriculopuncture en Chine,*
- *Le diagnostic en Auriculopuncture selon les écoles Chinoises,*
- *Les soins par Auriculopuncture pratiqués en Chine.*

Avec mes remerciements anticipés.

Veuillez agréer, Monsieur l'Ambassadeur, Son Excellence, l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

Dr Y. Meas

Aux origines de l'acupuncture somatique

Mes combats pour l'acupuncture (Dr Jean Borsarello)[1] Albin Michel, Paris 1994

« Une évacuation sanitaire vers Alger me permit à l'époque de rencontrer un homme charmant, Français, médecin, qui exerçait l'acupuncture à El Biar, un peu à l'extérieur de la ville, le Docteur Grall, disparu depuis quelques années. Sa réputation était grande mais n'avait pas franchi les limites de son quartier et beaucoup de médecins riaient de sa médecine chinoise. Il me raconta que, quelques temps auparavant, un de ses amis l'avait emmené sur un site de fouilles préhistoriques sur la commune de Tiaret, où se dressait autrefois la ville romaine de Columnata. Un certain M. Cadenat, éminent historien de la Société de géographie et d'archéologie d'Oran, venait de publier, dans la revue *Libyca,* le récit d'une découverte particulière en 1955. Il avait, en effet, trouvé dans une tranchée profonde des restes néolithiques où l'on put observer des sépultures contenant un squelette bien conservé avec de petites pointes de pierre visibles, encore fichées dans certains os, le sternum, par exemple. Ces « fléchettes », très fines, ne pouvaient être à l'origine de la mort du sujet, et les photos de ces petits instruments montrent qu'il s'agit plutôt de petits poinçons de pierre d'un à trois centimètres de long, faits de silex (*Bulletin de la Société d'acupuncture,* n° 38, 4e trimestre, 1980, Paris).

« S'étant rendu sur les lieux où les instruments étaient conservés et les photos exposées, le docteur Grall fut persuadé que l'on se trouvait devant une possibilité de « séance d'acupuncture » antique, remontant à près de 25 000 ans et donc bien antérieure à l'acupuncture chinoise. En ayant discuté avec d'éminents archéologues dès mon retour en France, en 1963, j'acquis moi aussi la certitude de l'existence de thérapeutiques très anciennes, car, en cherchant des pointes de flèches préhistoriques dans le Sahara, où elles fourmillent, j'ai souvent trouvé aussi de petits amas de poinçons de pierre fragile, finement taillés qui ne pouvaient être ni des armes ni des moyens de couture. Ce qui fortifiait mon idée était aussi la pratique des marabouts locaux, que je vis à Djanet, à Agadès et même au Tchad, planter des aiguilles de couturière ou même de fins éclats de silex, pour soigner quelques affections courantes avec une dominante quasi permanente, la douleur. » (pages 67-68).

« [...]juste au-dessus des territoires désolés du nord du Groenland, on finit un jour par arriver à la base d'Elmendorf, Thulé, tout en haut de la carte du monde[...]

« Le bar du mess était tenu par des Asiatiques aux pommettes si saillantes qu'on pouvait les prendre pour le résultat d'un traitement par la cortisone. Il s'agissait en réalité d'Esquimaux venant de tribus locales et devenus, hélas, des êtres tout à fait

1- Docteur Borsarello (1994) Mes combats pour l'acupuncture, © Albin Michel, Paris. Avec l'aimable autorisation des Éditions Albin Michel

américanisés. L'un d'eux portait au cou un petit sac en plastique transparent, rempli de fines pointes d'ivoire. Attirant son attention de la main, je lui demandai si ce qu'il portait au cou était un gri-gri (air bovin de l'Esquimau) ou un talisman (air encore plus bovin) mais, comme je prenais l'air dépité, il enleva son collier, ouvrit le sac et me montra les pointes, disant dans un anglais de cuisine : « *Ivory nails to sting your skin when headache* » (pointes d'ivoire pour piquer la peau quand mal à la tête). Je lui demandai alors ce que l'on piquait et il me montra des points sur la main et un point très connu en acupuncture, entre les deux yeux.

« On sait que jadis, des milliers de Chinois persécutés ont traversé en hiver le détroit de Béring, à pied sec, et composèrent par la suite une grande partie des tribus indiennes du type Sioux ou Cheyennes. Une célèbre photographie prise à la fin du XIXe siècle montrait même la figure tatouée d'un chef sioux, où l'on pouvait reconnaître des lignes ressemblant fort aux méridiens chinois de l'acupuncture. » (pages 129-130).

Résumé (synthèse pratique)

Y. Rouxeville

La place de l'auriculothérapie dans la médecine

L'auriculothérapie est l'œuvre Paul Nogier, de Lyon. Elle consiste à traiter différentes affections à l'aide de piqûres ou autres stimulations effectuées sur le pavillon de l'oreille. L'auriculothérapie (ou acupuncture auriculaire) s'inscrit de façon légitime dans le cadre de l'acupuncture, thérapeutique consistant à piquer des aiguilles très fines en des endroits du corps

Auriculothérapie et acupuncture entrent dans le champ des réflexothérapies, leur action se faisant de façon indéniable par l'intermédiaire du système nerveux.

L'auriculothérapie est un traitement de faible coût, avec ses indications privilégiées. Elle est pratiquée dans le monde entier, dans le cadre légal de l'acupuncture. En France, l'auriculothérapie est enseignée à la fois en Université et dans le cadre associatif.

Historique

Les Chinois antiques connaissaient quelques points d'oreille. De façon traditionnelle, dans le bassin méditerranéen on pratiquait autour des cautérisations pour soulager la sciatique. À la suite des découvertes et travaux de Paul Nogier, de Lyon (1908-1996), l'acupuncture auriculaire s'est développée au plan mondial, y compris en Chine.

Elle comporte deux conceptions et pratiques différentes : l'approche occidentale (dite auriculothérapie) et l'approche chinoise (dite auriculopuncture).

L'auriculothérapie, d'origine française, est désormais internationale. Des réunions de nomenclature ont été organisées par l'OMS. Des congrès internationaux se tiennent.

Données scientifiques pouvant l'expliquer

Le pavillon de l'oreille dispose d'une innervation particulièrement dense et variée : V trijumeau pour le pavillon, X pneumogastrique pour la conque, nerfs cervicaux pour le lobule et la queue de l'hélix, ainsi que le VII bis nerf intermédiaire et le IX glosso-pharyngien.

L'oreille entretient des relations intimes avec le tronc cérébral. La convergence neuronale sur les unités réticulaires et ses liaisons avec la substance grise péri-aqueducale permettent d'expliquer son importance dans le domaine de l'analgésie.

Le diagnostic auriculaire a été évalué : il est valide, mais pas infaillible.

L'Imagerie par Résonance Magnétique fonctionnelle a permis de noter la corrélation d'une partie du cerveau et d'une zone de l'oreille. Les travaux en téléthermographie dynamique montrent que l'oreille pourrait avoir un rôle thermorégulateur sur les organes. Les travaux de recherche clinique n'en sont que plus convaincants.

Essais Randomisés Contrôlés

Cinquante-trois ECR ont été répertoriés. Ils concernent principalement la douleur et les addictions, ce qui laisse penser à un mode d'action endorphinique dominant.

Une zone ou un point ?

Les organes du corps sont représentés dans des zones de l'oreille. Au sein d'une zone, un point sera particulièrement impliqué. Cette microstructure organisée, comportant des filets nerveux et des vaisseaux (le complexe neuro-vasculaire), est inconstante.

Le point peut être douloureux à la pression. La peau du point correspondant à un organe malade présente une baisse variable de résistance électrique cutanée.

La manifestation d'un point pourrait être liée à une hypoxie et à une ischémie de l'organe correspondant, consécutives à une dégradation du Redox.

Le pavillon est divisé en trois territoires. Les organes y sont représentés en fonction de leur correspondance embryologique ; mais un point peut avoir un caractère plurifocal.

Modes d'action de l'auriculothérapie

Pour l'auriculothérapie comme pour l'acupuncture somatique, on peut retenir divers effets. L'aiguille crée une micro-inflammation dont l'effet est transmis par les systèmes nerveux cérébro-spinal et végétatif ; ces actions sont modulées par le système limbique.

Concernant le système nerveux, l'action des aiguille se comprend à plusieurs niveaux : modulation des neuromédiateurs et neurotransmetteurs pour améliorer les fonctions synaptiques et restaurer les circuits d'information, vasorégulation par le neuro végétatif pour normaliser l'oxygénation des organes, action sur le contrôle de la douleur par une sécrétion approprié d'endorphines.

Les effets biochimiques sont corrélés aux systèmes nerveux. L'hypothèse d'un effet antiradicalaire est logique. L'effet psychique est indéniable.

Ces effets pourront se manifester sur les viscères, organes et vaisseaux, sur le *feedback* hormonal, sur l'adaptation au stress, sur les états d'âme et l'humeur.

Le diagnostic en auriculothérapie

Son principe consiste à rechercher des points contrastant avec leur environnement.

L'aspect visuel de certaines zones est parfois modifié chez des malades chroniques. Les zones en relation avec la douleur sont douloureuses à la palpation chez les malades algiques ; on peut préciser un point au sein de cette zone. Les douloureux chroniques présentent également des zones insensibles à la palpation.

La peau d'un point pathologique présente une résistance électrique différente de son environnement. Plus le point est pathologique, plus cette variation est importante.

Aussitôt après la stimulation de la peau d'un sujet, il est possible de percevoir une modification de son pouls, ressenti plus tendu pendant quelques battements (RAC). Cette perception subtile d'un pouls plus fort peut être notée après la stimulation d'une zone sensible du corps ou de l'oreille. On estime que le RAC est contemporain de l'analyse par le corps des stimulations effectuées (le toucher, la projection de lumières ou de fréquences électromagnétiques) et à son adaptation à ces micro stress.

Les diverses pressions, lumières ou fréquences peuvent être en correspondance avec la clinique, ou avoir une relation d'ordre physiopathologique. Il est possible de préciser les points atteints et leurs anomalies ; le RAC devient une aide personnalisée.

Les cartographies d'oreille

Les cartographies décrivent la représentation des organes sur le pavillon de l'oreille sous forme de petites zones. Le point à détecter sera recherché dans ces petites zones.

Différentes cartographies existent. Notre description s'inspire des travaux de Paul Nogier. Elle n'est pas exhaustive, mais recouvre la majorité des zones et points utilisables de façon courante.

Les organes sont représentés sur le pavillon de l'oreille par des zones plus ou moins étendues : le thorax et l'abdomen dans la conque, l'appareil locomoteur sur le pavillon, les muscles à la face postérieure. Sur le lobule ont été décrites les zones correspondant aux fonctions cérébrales.

Un certain nombre de points ont une grande importance. Ce sont les points maîtres.

Une action sur un point d'organe peut également être obtenue en traitant un point situé sur l'axe reliant ce point avec le point zéro.

Les indications et traitements en auriculothérapie

Les soins peuvent être simples ou élaborés. Ils sont effectués par des stimulations physiques : l'aiguille d'acupuncture (stérile et à usage unique) ou l'aiguille semi permanente (petite aiguille posée pour une durée de plusieurs jours). On peut aussi utiliser un micro courant électrique, ou des générateurs de fréquences électromagnétiques (laser ou infrarouge).

Le traitement est effectué après un diagnostic classique et auriculaire. Il peut être adapté à la sensibilité individuelle et à la gravité de la pathologie. Il est personnalisé.

Le praticien traitera selon son niveau de connaissance, de son expérience, en fonction du diagnostic émis et du matériel dont il dispose.

Les indications principales de l'Auriculothérapie sont la douleur, le sevrage du tabac, le stress, le syndrome anxio-dépressif. Les allergies, les troubles fonctionnels en font également justiciables, surtout lorsque les autres traitements ont été inefficaces.

Le terrain réactionnel et le terrain morbide

On peut ne pas réagir à un traitement, ou bien réagir de façon anormale ou imprévisible. Les dérèglements psychiques, posturaux, immunitaires ou hormonaux sont classiques. De même, le passé (affectif, traumatique, chirurgical, médical ou infectieux) peut laisser des séquelles.

L'expérience montre aussi que, chez les malades chroniques, l'action sur d'autres endroits du pavillon auriculaire (points dits de phase) permettra de débloquer la situation.

Les modalités réactives (hyper-réactivité, hypo-réactivité), plus souvent acquises qu'innées, sont des tendances personnelles pouvant perturber l'action d'une auriculothérapie bien conduite.

Enfin, il n'est pas rare d'observer des phénomènes discrets et complexes tels que :
– des symptômes neuro-végétatifs consécutifs à l'irritation du ganglion stellaire ;
– des perturbations fonctionnelles liées à une cicatrice de cette région (foyer) ;
– des troubles divers ou des maux de tête en liaison avec un foyer dentaire ;
– des troubles d'apprentissage ou du caractère induits par un trouble de la latéralité.

Les foyers sont des endroits du corps semblant normaux, créant des troubles à distance et/ou un état de faiblesse chronique. La présence d'un foyer sera indiquée par le test de l'épuisement de la réaction du RAC.

Dans une maladie chronique, les obstacles ne sont pas obligatoirement uniques.

Situation de l'auriculopuncture en Chine

Sous l'influence du Président Mao, l'acupuncture auriculaire s'est développée de façon importante (les médecins aux pieds nus, des analgésies chirurgicales, l'établissement de cartographies et de protocoles de soins). Actuellement, la Médecine Traditionnelle Chinoise et l'acupuncture (somatique ou auriculaire) ne représentent qu'une faible partie des soins médicaux utilisés. À l'intérieur, la Chine évolue très vite : à l'extérieur, elle fait un effort important de promotion de la culture chinoise sous tous ses aspects. L'acupuncture et la Médecine Traditionnelle Chinoise sont proposées aux pays du monde entier; mais leurs critères ne correspondent pas aux standards occidentaux. L'obésité, l'asthme, l'hypertension artérielle, les douleurs de l'appareil locomoteur, les vertiges et insomnies sont avec les addictions les indications principales; ce qui laisse penser que l'acupuncture auriculaire a bien un effet endorphinique dominant.

L'auriculothérapie dans une consultation hospitalière

L'auriculothérapie est intégrée en France parmi des consultations hospitalières, dans le traitement de la douleur. Au CETD du CHU de Nantes, l'accent est mis sur l'abord pluridisciplinaire.

L' auriculothérapie dans la douleur et l'analgésie

Il est possible de réaliser des analgésies chirurgicales par auriculothérapie. Dans le cadre des douleurs aiguës ou chroniques, les protocoles de soins sont calqués sur la neurophysiologie. Il intègrent les aiguilles semi permanentes et les électro stimulations antalgiques. La douleur, phénomène subjectif, implique aussi une prise en compte de la dimension psycho-cognitive et comportementale. Il est préférable que les patients soient compliants et adhérents.

L' auriculothérapie et les syndromes douloureux posturaux

Les douleurs persistantes de l'appareil locomoteur peuvent être associées à des troubles de l'équilibre postural. L'examen en posturologie permet de noter les déséquilibres. Diverses entrées (pied, œil, oreille interne, appareil manducateur[...]) peuvent perturber l'équilibre postural et induire des contractures musculaires. L'auriculothérapie permet une aide complémentaire du traitement étiologique.

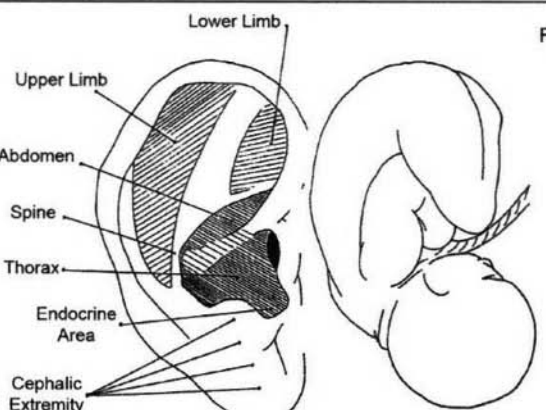
Cas cliniques

De nombreux exemples montrent et expliquent les soins pouvant être proposés sans le cadre de la douleur aiguë, de la douleur chronique et en divers cas habituels.

EUROPEAN MULTICENTRIC OPEN STUDY ON EFFECTIVENESS OF AURICULAR ACUPUNCTURE ON MIGRAINE WITHOUT AURA

- **Romoli M, Federazione Italiana Società di Agopuntura (F.I.S.A.)**
- **Meas Y, Centre d'évaluation et traitement de la douleur (CETD) du CHU de Nantes (France)**
- **Rouxeville Y, Directeur de la Commission d'Acupuncture auriculaire de la F.A.FOR.ME.C.**
- **Vulliez C, Présidente du Groupe Lyonnais d'Études Médicales (G.L.E.M.)**

Introduction: the treatment of migraine with acupuncture seems promising since recent systematic reviews of randomized controlled trials on acupuncture in headache have underlined the evidence that acupuncture has an effective role in the treatment of migraine (1,2). The effectiveness of acupuncture has been tested in recent years in several randomized controlled studies with different modalities. Allais compared the effectiveness of acupuncture versus flunarizine in the prophylactic treatment of migraine without aura in 160 patients over a period of 6 months. Acupuncture compared with flunarizine proved to be more effective in reducing the number of migraine crises in the first 4 months of therapy and showed a minor incidence of side effects (3). In an open randomized trial the same author evaluated transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS), infrared lasertherapy nd acupuncture in the treatment of transformed migraine. Although all three methods showed good therapeutic results, acupuncture proved to be the most effective. In fact it produced a significant decrease in the number of days with headache at each study time, showing the best long-lasting beneficial effect (4). In another study acupuncture and sumatriptan were more effective than a placebo injection in the early treatment of an acute migraine attack. When an attack could not be prevented, sumatriptan was nevertheless more effective than acupuncture at relieving pain. In this study the patients had to identify premonitory symptoms of a migraine attack and were included if the intensity of their acute headache was classified as mild or less on the validated pain scale by Heller. The intensity of pain was rated again at 1, 2, 6, 12, 18, 24, 36 and 48 h after the start of treatment (5). The most recent study on 401 patients demonstrates that acupuncture leads to persisting clinically relevant benefits for primary care patients with chronic headache, particularly migraine (6). A parallel study has been carried out on cost effectiveness analysis and the conclusions are that acupuncture improves health related quality of life at a small additional cost; it is relatively cost effective compared with a number of other interventions provided by the NHS (7).Besides this flourishing of promising trials in somatic acupuncture there are few reports about the effectiveness of auricular acupuncture in migraine without aura. Even if the somatotopic representation of different body structures on the ear discovered by Paul Nogier (Fig. 1) allows a powerful and rapid analgesic action there is not yet a clear evidence that auricular stimulation may be of help in facing a migraine attack or acting as a prophylactic treatment in chronic migraine. One of the most recent reports has pointed out the potential usefulness of an innovative test, the "needle-contact", in locating the most effective auricular points for treating a migraine attack (8).



Fig, 1

Aim of this multicentric open study: to give a preliminary contribution in defining the potential role of auricular acupuncture in treating migraine without aura and furthermore in locating ear's most effective areas for treatment.

Primary end-point: comparison of number of days with migraine in the running in period of one month (T0), during treatment (T1 after one month, T2 after 2 months) and in the follow up after further 3 months (T3).

Secondary end-point: comparison of number of analgesic drugs in the same intervals T0-T3 as above.

Participating Centres:

- Centre d'évaluation et traitement de la douleur (CETD) – Centre Hospitalier Universitaire (CHU), Nantes (France) (dr. Yunsan Meas)
- Centre d'évaluation et traitement de la douleur (CETD) - Clermont-Ferrand (France) (dr. Noémie Delage)
- Headache Center of the Neurological Clinic – Bologna University (Italy) (prof. Pietro Cortelli)
- Headache Center of the Neurological Department - Genoa " La Colletta " Hospital (Italy) (dr. Marcello Farinelli)

Other European Headache Centers are invited to participate in this multicentric study which will be starting June-September 2005.

Inclusion criteria:
Patients (age 18-65) with at least 4 attacks/month of migraine without aura according to International Headache Society (ICHD-II) (Cephalalgia 2004; vol. 24; suppl. 1):

A) at least 5 attacks with criteria B-D have to be observed;
B) duration 4-72 hours (without treatment)
C) at least 2 of the following features: unilaterality, throbbing pain, moderate or strong intensity of pain, exacerbation with every day' physical activity
D) at least 1 of the following symptoms: nausea and/or vomiting, phono and photophobia.

Exclusion criteria:
1) pregnancy and breast-feeding
2) more than 15 days/month with migraine attacks
3) patients taking a considerable amount of analgesic drugs, so much as to classify a "medication overuse headache" (code 8.2 ICHD-II)
4) pharmacological prophylactic treatment (to be included patients must have stopped drugs for at least 1 month) .

Methodology:
- diagnosis and inclusion must be decided by a neurologist or other specialist in the field of headaches: the first visit takes place after one month of running in period, the second visit after 5 months from the start of treatment
- patients have to report every day for 6 months (including the running in period of 1 month) on the frequency and duration of their attacks and the intake of analgesic drugs. In the case of attacks preference should be given to triptanes which are doubtless the most specific medicine.
- to measure the disability related to migraine and to identify eventual mood disorders the patient has to answer at time T0 and T3 to the:
  a) Migraine Disability Assessment Scale (MIDAS)
  (Stewart WF et al. An international study to assess reliability of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) score. Neurology 1999; 53: 988-94)
  b) Hamilton Rating Scale for Depression
  (Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. Br J Clin Psychol 1967; 6: 278-296)

- acupuncture has to be performed by medical doctors with a specific experience in the field of ear acupuncture, twice a week for the first two weeks, followed by a weekly treatment for a further six weeks (a total of 10 sessions during a period of 8 weeks)
- auricular diagnosis must be determined through a metal spring probe with a 250 g/mm2 maximal pressure (Fig. 2). The most sensitive points have to be treated with 0,30 diameter and 15-20 mm-long needles of Chinese, Korean or French manufacture, for a period of 20-30 minutes (Fig. 3). The point's location has to be reported at every session on Romoli's "sectogram" which was realized following Paul Nogier's principle of "alignment" of points (Romoli M, Agopuntura Auricolare, UTET 2003) (Fig. 4). The sectogram allows a more correct and reliable transcription of points and is indicated for statistical purposes comparing for example, in a given disease, the distribution of detected points among different sectors.

Information requests to:
Dr. M. Romoli, Via Giolica di Sopra 21 59100 - Prato (Italy)
E-Mail: markro@tin.it

Fig. 2

Fig. 3

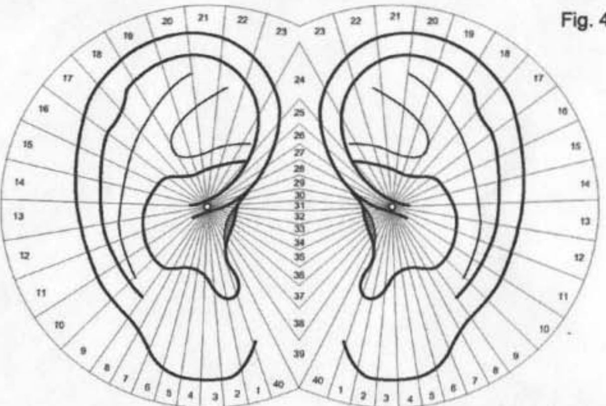


Fig. 4

References:

1. Melchart D, Linde K, Fisher P, White A, Allais G, Vickers A, Berman B. Acupuncture for recurrent headaches: a systematic review of randomized controlled trials. Cephalalgia 1999; 19: 779-786.
2. Melchart D, Linde K, Fisher P, Berman B, White A, Vickers A, Allais G (2001) Acupuncture for idiophatic headache (Cochrane Review). Cochrane Database Syst Rev 1: CD001218.
3. Allais G, De Lorenzo C, Quirico PE, Airola G, Tolardo G, Mana O, Benedetto C. Acupuncture in the prophylactic treatment of migraine without aura: a comparison with flunarizine. Headache 2002; 42: 855-861.
4. Allais G, De Lorenzo C, Quirico PE, Lupi G, Airola G, Mana O, Benedetto C. Non-pharmacological approaches to chronic headaches: transcutaneous electrical nerve stimulation, lasertherapy and acupuncture in transformed migraine treatment. Neurol Sci 2003; 24: S1-S5.
5. Melchart D, Thormaehlen J, Hager S, Liao J, Linde K, Weidenhammer W. Acupuncture versus placebo versus sumatriptan for early treatment of migraine attacks: a randomized controlled trial. J Intern Med 2003; 253: 181-188.
6. Vickers AJ, Rees RW, Zollman CE, McCarney R, Smith C, Ellis N, Fisher P, Van Haselen R. Acupuncture for chronic headache in primary care: large, pragmatic, randomised trial. BMJ 2004; 328: 744-747.
7. Wonderling D, Vickers AJ, Grieve R, McCarney R. Cost effectiveness analysis of a randomized trial of acupuncture for chronic headache in primary care. BMJ 2004; 328: 747-749.
8. Romoli M, Allais G, Airola G, Benedetto C. Ear acupuncture in the control of migraine pain: selecting the right acupoints by the "needle-contact test". Neurol Sci 2005 (in press).